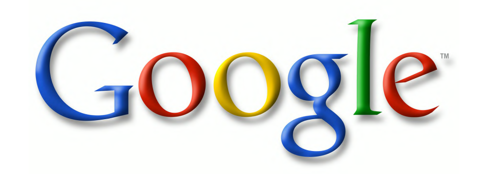
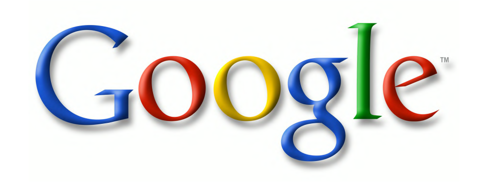




TUALITÉS MÉDICALES

MAURICE SOUPAULT

Les Dilatations de l'Estomac

J. B. BAILLIÈRE & FILS

Atlas Manuels de Médecine

Atlas Manuel de Médecine et de Chirurgie des Accidents, par Golebiewski. Edition française par Riche, chirurgien des hôpitaux de Paris. 1902. 1 vol. in-16, 400 pages et pl. col., relié .... **20 fr.**

Atlas Manuel de Chirurgie orthopédique, par Luning-Schulthess. Edit. franç. par Villemin, chirurgien des hôpitaux de Paris, 1902 1 vol. in-16, 348 pages, avec fig. et 16 pl. col., relié .... **16 fr.**

Atlas Manuel des Maladies vénériennes, par Mracek. 2e Edit. française par le Dr Emery. 1 vol. in-16 avec 71 planches coloriées, relié... **20 fr.**

Atlas Manuel des Maladies de la Peau, par Mracek. 2e Ed. franç. par le Dr Hudelo, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-16, avec 65 pl. col. rel. **24 fr.**

Atlas Manuel des Bandages, par Hoffa. Edition française par P. Hallopeau. 1 vol. in-16 de 200 p. avec 118 pl. en couleurs, relié. **14 fr.**

Atlas Manuel de Chirurgie opératoire, par O. Zuckerkandl. 2e Edition franç. par A. Mouchet. 1 vol. in-16 de 268 p., avec 24 pl. col., et 271 fig. **16 fr.**

Atlas Manuel de Diagnostic clinique, par C. Jakob, 3e édition française par les Drs A. Letienne et Ed. Cart, 1901. 1 vol. in-16 de 356 p., avec 68 planches coloriées et 75 fig., relié .... **15 fr.**

Atlas Manuel des Fractures et Luxations, par Helferich. 2e édition française par le Dr P. Delbet. 1 vol. in-16, avec 64 pl. col., relié. **20 fr.**

Atlas Manuel des Maladies de l'Oreille, par Bruhl-Politzer. Edition française par le Dr Georges Laurens. 1 vol. in-16 de 300 pages, avec 39 pl. color. et 99 fig., relié .... **18 fr.**

Atlas Manuel des Maladies du Larynx, par L. Grunwald. 2e édit. française par le Dr Castex, chargé du cours de laryngologie à la Faculté de Paris et P. Collinet. 1 vol. in-16 de 255 pages, avec 44 pl. col. **14 fr.**

Atlas Manuel des Maladies de la Bouche, du Pharynx et des Fosses nasales, par Grunwald. Edition franç., par Laurens. 1 vol. in-16 avec 40 pl. col., relié .... **14 fr.**

Atlas Manuel des Maladies externes de l'Œil, par O. Haab. 2e Edition française par A. Terson, 1 vol. in-16, 300 pages, avec 40 pl. col. **16 fr.**

Atlas Manuel d'Ophtalmoscopie, par O. Haab. 3e édition française, par A. Terson 1901. 1 vol. in-16 de 279 p., avec 80 planches color... **15 fr.**

Atlas Manuel de Chirurgie oculaire, par Haab. Edition française, par le Dr Monthus. 1 vol. in-16, avec planches, relié .... **16 fr.**

Atlas Manuel de Médecine légale, par Hofmann. 2e édit. franç. par le Dr Vibert. 1 vol. in-16 de 170 p., 56 pl. col. et 193 fig., relié ..... **18 fr.**

Atlas Manuel du Système nerveux, par C. Jakob. 2e édition française par le Dr Rémond, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de Toulouse. 1 vol. in-16 de 364 pages, avec 84 pl. col. **20 fr.**

Atlas Manuel de Psychiatrie, par le professeur O. Weygandt. Edition française par le Dr S. Roubinovitch, médecin adjoint de la Salpêtrière, 1903. 1 vol. avec 24 pl. col. et 200 figures .... **24 fr.**

Atlas Manuel d'Obstétrique, par Schaeffer. Edition française par le Dr Potocki, accoucheur des hôpitaux, agrégé de la Faculté de Paris. 1 vol. in-16 avec planches coloriées, relié .... **20 fr.**

Atlas Manuel de Gynécologie, par Schaeffer. Edit. franç. par Bouglé, chirurgien des hôpitaux, 1902. 1 vol. in 16, avec pl. col., relié... **20 fr.**

Atlas Manuel de Technique gynécologique, par Schaeffer. Edition française par les Drs Segond, professeur agrégé à la Faculté de Paris, et Lenoir. 1 vol. in-16, avec planches, relié .... **15 fr.**

Atlas Manuel d'Histologie, par Sobotta. Edition française par Mulon. 1 vol. in-16 avec 80 pl. col. et 65 fig., relié .... **20 fr.**

Atlas Manuel d'Anatomie pathologique, par Bollinger. Edit. franç. par Gouget, agrégé de la Faculté de Paris. 1 vol. in 16, 140 pl., relié **20 fr.**

Atlas Manuel d'Histologie pathologique, par Durck. Edit. franç. par Gouget, agrégé à la Faculté de Paris. 1 vol. in 16, avec 120 pl. col., relié. **20 fr.**

Atlas Manuel des Maladies des Dents et de la Bouche, par Preiswerck. Edition française par le Dr Chompret. dentiste des hôpitaux de Paris, 1904, 1 vol. in-16, avec planches, relié .... **18 fr.**

Atlas Manuel des Maladies nerveuses, par Seiffer. Edit. franç. par le Dr Gasne, médecin des hôpitaux de Paris 1 vol in-16, avec pl, rel. **20 fr.**

LES ACTUALITÉS MÉDICALES

Les Dilatations de l'Estomac

Corbeil. — Imprimerie Ed. Crété.

LES ACTUALITÉS MÉDICALES

Les Dilatations de l'Estomac

PAR

MAURICE SOUPAULT
Médecin des Hôpitaux de Paris

Avec Figures dans le texte



PARIS
LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
19, RUE HAUTEFEUILLE, 19

1902

LES

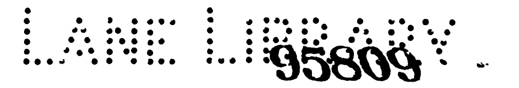
DILATATIONS DE L'ESTOMAC

AVANT-PROPOS

Il n'existe peut-être pas en pathologie un sujet aussi banal que la dilatation de l'estomac. Cette affection a fait l'objet de tant de mémoires importants qu'il peut sembler tout au moins oiseux d'en écrire à nouveau l'histoire.

Tel n'est pas notre avis, et nous croyons, au contraire, faire œuvre utile, en présentant au public médical un exposé clair et précis de la façon dont les travaux modernes permettent d'envisager cette question.

En effet, la dilatation de l'estomac est considérée sous un aspect bien différent de celui qu'elle avait il y a quelques années. Elle est déchue du haut rang auquel elle avait été élevée par les travaux du professeur Bouchard et de ses élèves. Une analyse clinique plus minutieuse, aidée de procédés techniques plus précis pour l'étude des fonctions de l'estomac, ont montré que l'augmentation de la capacité gastrique et l'insuffisance motrice, qui l'accompagne, n'ont pas, par elles-mêmes, toute la valeur qu'on leur avait attribuée. Contrairement à l'opinion, longtemps



accréditée, qui voulait faire de la dilatation de l'estomac une sorte d'entité morbide, ou tout au moins un syndrome capital, dominateur, raison principale ou cause première de tous les phénomènes locaux ou généraux qui lui sont associés, il semble que cette affection, considérée en elle-même, ait un rôle assez effacé.

Elle apparaît, en dernière analyse, comme un état secondaire dont la signification pathologique est étroitement subordonnée aux causes très variables auxquelles elle ressortit. On peut dire, en d'autres termes, que le diagnostic de dilatation d'estomac est dépourvu de sens si on n'y adjoint pas un sous-titre explicatif qui en précise bien nettement la signification.

C'est en partant de ces données, capitales à notre avis, que nous exposerons l'histoire non pas de *la Dilatation*, mais *des Dilatations* de l'estomac, dont nous aurons à décrire des types nombreux. Si quelques symptômes, qui leur sont communs, ont permis de les rapprocher, ils s'individualisent cependant nettement par d'autres caractères bien autrement importants : par leurs causes de natures très variées, leur évolution clinique bien tranchée, les conséquences et le pronostic spéciaux à chacun d'eux, leurs méthodes de traitement toutes différentes, et souvent absolument opposées.

I. — DÉFINITION

La Dilatation de l'estomac, prise dans son sens propre, peut être définie, comme l'ont fait le professeur Bouchard et ses élèves, l'augmentation de la capacité de l'estomac, avec diminution de l'élasticité et de la rétractilité de ses parois. De ces deux termes, l'un, l'augmentation de la capacité gastrique, exprime l'état anatomique du viscère ; le deuxième, l'insuffisance motrice, en indique le trouble physiologique. A vrai dire, le trouble de la fonction domine de très haut la lésion anatomique qui, en réalité, a une minime importance. En effet, la clinique nous montre que, dans les différentes variétés de dilatation, les troubles morbides ne sont pas toujours en relation directe avec les dimensions du viscère. Dans beaucoup de cas, une ectasie de faible importance coïncide avec des symptômes assez sérieux, et réciproquement. On observe parfois des estomacs de capacité normale ou même restreinte dans lesquels le transit des aliments se fait d'une façon tout à fait défectueuse (Soupault, Hayem). D'un autre côté, bien des auteurs français et étrangers ont montré, et on peut vérifier tous les jours la réalité de cette assertion, que certains estomacs de très forte capacité sont doués de fonctions à peu près suffisantes ou même parfaitement normales (Ewald). On peut déduire de ces faits qu'il ne faut pas, contrairement à l'opinion

admise encore par la grande majorité des médecins, attribuer trop d'importance à *l'ectasie de l'estomac*, considérée isolément, en elle-même.

Il faut au contraire mettre en lumière le rôle prépondérant des *troubles moteurs;* c'est à leur intensité qu'est subordonnée la gravité de l'affection qui nous occupe.

Il y a bien des degrés dans l'intensité de ces troubles fonctionnels. Mais, pour la commodité de la description, on peut répartir ceux-ci en deux groupes. Dans le premier, qu'on désigne sous le nom d'*atonie*, ou d'*insuffisance simple* ou du *premier degré*, la tunique musculeuse de l'estomac se laisse distendre trop fortement par les ingesta et les évacue lentement, tardivement dans l'intestin. Néanmoins l'organe finit, tôt ou tard, par se débarrasser complètement de son contenu. Dans le deuxième, appelé *stase gastrique* ou *insuffisance du deuxième. degré*, l'estomac n'est jamais tout à fait vide. Les ingesta s'accumulent dans sa cavité et il n'en est évacué qu'une partie dans l'intestin. A quelque moment qu'on introduise le tube dans le viscère, on peut en extraire des aliments délayés dans du mucus ou du suc gastrique, et plus ou moins faciles à reconnaître. Ces deux états morbides méritent d'être distingués avec grand soin. Cependant chacun d'eux peut coexister avec de petites, de moyennes ou de grandes dilatations, auxquelles il imprime son cachet particulier.

D'après ce qui précède, ce que l'on décrit actuellement sous le nom de *Dilatation de l'estomac* pourrait

être bien mieux défini : l'ensemble des troubles moteurs qui ont pour résultat le séjour trop prolongé des aliments dans l'estomac, et par conséquent le retard de leur passage dans l'intestin, quelle que soit l'augmentation de volume du viscère. Pour désigner cet état morbide, le terme de *Dilatation de l'estomac* est certainement impropre. C'est ce que fait observer depuis de longues années, dans son enseignement clinique, le professeur Debove. C'est ce qu'à son exemple, j'ai essayé d'établir dans plusieurs mémoires. C'est enfin l'opinion de mon maître et ami M. Mathieu qui, dans la dernière édition du *Traité de Médecine*, a résolument rayé ce terme de la nomenclature des affections gastriques. Assurément la dénomination d'*Insuffisance motrice*, que les auteurs allemands ont adoptée depuis bien des années, ferait mieux l'affaire.

Malgré tout, nous avons conservé le nom de *Dilatation de l'estomac* parce que c'est un terme consacré par l'usage et compris de tous les médecins de notre époque. Il éveille dans leur esprit une série d'images cliniques, dont le souvenir, croyons-nous, leur permettra de nous comprendre aisément dans les chapitres qui vont suivre et qui s'appliquent à des faits déjà connus, mais vus sous un jour différent, et à la lumière des notions récemment acquises en pathologie stomacale.

Peu importe le mot, pourvu que l'idée qu'il exprime soit bien nettement définie. Or nous espérons avoir, dans ce qui précède, exprimé notre pensée avec une clarté suffisante.

II. — SYMPTOMES COMMUNS A TOUTES LES DILATATIONS D'ESTOMAC

Un certain nombre de symptômes sont communs à toutes les dilatations, quelles qu'en soient les causes et les variétés. Nous les étudierons d'abord, en indiquant les méthodes cliniques qui permettent de les mettre en valeur.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un estomac dilaté, il faut : 1° apprécier *le volume de la dilatation ;* 2° étudier *la tonicité et la résistance des parois de l'estomac ;* 3° rechercher *la façon dont l'estomac évacue son contenu dans l'intestin.*

1. — APPRÉCIATION DU VOLUME DE LA DILATATION.

Toutes les méthodes proposées pour apprécier *avec exactitude* la capacité de l'estomac sur le vivant sont très compliquées, et par conséquent inapplicables en clinique. Elles nous ont paru, de plus, sujettes à de très nombreuses causes d'erreur. Aussi, il vaut mieux, pensons-nous, se contenter de juger des dimensions de l'organe, en recherchant par différents moyens à délimiter la surface de l'estomac en contact avec la paroi thoraco-abdominale. Sans doute, on n'obtient ainsi que des données approximatives, mais elles sont suffisantes, car, nous le répétons à dessein, il convient de ne pas attacher une importance

trop grande aux variations de la capacité gastrique, la gravité des phénomènes morbides qui l'accompagnent n'étant nullement en rapport direct avec le degré de dilatation du viscère.

Pour étudier ces différents phénomènes, il est également utile d'examiner les malades à jeun et après l'ingestion alimentaire, et on devra faire cette double exploration chaque fois qu'il sera possible. Toutefois dans les cas sans gravité, un seul examen pratiqué après le repas peut, à la rigueur, suffire. Naturellement, il sera tenu grand compte, dans l'appréciation des résultats, de l'espace de temps écoulé entre le moment de l'examen et l'heure du dernier repas.

La meilleure position à donner aux malades serait la position couchée sur un plan incliné à 45°; malheureusement, on pourra rarement se placer dans ces conditions. La position horizontale est certainement préférable à la station debout, dans laquelle la tension des muscles abdominaux rend l'exploration de l'estomac impossible.

C'est à la percussion et à la palpation que l'on a surtout recours pour rechercher les dimensions de l'estomac. Les deux méthodes sont utiles à employer: elles se complètent l'une l'autre.

I. Percussion. — La *percussion* permet de délimiter l'estomac, de connaître assez exactement ses limites supérieures et inférieures. Cependant, il est facile de confondre la sonorité tympanique de l'estomac avec celle du côlon qui lui est souvent accolé, surtout quand celui-ci est distendu par des gaz. Dans ces cas, il est très pratique d'insuffler l'estomac. Pour

cela, le moyen le plus simple consiste à faire ingérer successivement des solutions d'acide tartrique et de bicarbonate de soude, dont le mélange dans le viscère produit une abondante quantité de gaz carbonique, en donnant lieu à une tympanite localisée. Les gaz distendent assez fortement les parois stomacales, surtout si elles sont affaiblies par l'atonie. Mais cette distension n'est jamais très considérable et avec un peu d'habitude on fait facilement la correction nécessaire. On peut encore introduire une sonde dans l'estomac, et insuffler l'air, soit directement, avec la bouche, soit en se servant de la double poire d'un pulvérisateur adapté à l'extrémité de l'instrument.

Quelques auteurs ont proposé de remplir l'estomac d'une certaine quantité de liquide et de rechercher la limite de la matité, au lieu de rechercher la limite de la sonorité. Cette méthode est impraticable; en effet, d'une part, dans la position couchée, les liquides plus lourds que les gaz gagnent la partie postéro-inférieure de l'estomac, tandis que la partie antéro-supérieure, dont on peut seule apprécier la projection sur la paroi abdominale, reste occupée par les gaz. D'autre part, dans la position debout, la percussion donne des résultats inexacts.

II. Palpation. — La *palpation* permet aussi d'apprécier le degré de dilatation de l'estomac, par la recherche du clapotage. On sait que ce signe, déjà indiqué par Chomel, a été étudié par M. Bouchard, qui le considère comme un signe pathognomonique.

On le recherche en imprimant avec la pulpe des doigts de petites secousses à la paroi abdominale

antérieure. On provoque ainsi un bruit de glou-glou comparable à celui qu'on obtient en agitant une bouteille à moitié vide et qui est dû au conflit des liquides et des gaz.

Pour M. Bouchard et ses élèves, la production du bruit de clapotage observé, soit cinq ou six heures après le repas, soit à jeun après ingestion d'un quart de verre d'eau, serait pathognomonique de la dilatation. De plus, les dimensions de l'estomac pourraient être appréciées exactement en mesurant l'étendue sur laquelle on obtient le bruit de clapotage. Cependant, il faut savoir que, dans la recherche de ce signe, on rencontre de nombreuses causes d'erreur.

Tout d'abord, si l'on a affaire à un individu dont les parois abdominales sont épaisses ou ne se relâchent pas assez facilement, il est impossible, malgré l'existence d'une dilatation marquée, d'obtenir un bruit de clapotage. Mais, de plus, ce signe peut manquer chez des dilatés non obèses. Nous avons plusieurs fois extrait, par le cathéter, d'assez grandes quantités de résidus alimentaires de l'estomac de malade chez qui nous n'avions pu, quelques minutes auparavant, produire le bruit de clapotage. Cela s'observe surtout dans les dilatations avec hypertrophie et contracture des parois gastriques, mais peut se rencontrer aussi, quoique plus rarement, chez des individus atteints de vastes dilatations atoniques.

A côté des cas où l'on ne peut révéler par la recherche du clapotage une dilatation existante, il en est d'autres où ce même phénomène peut être produit ou plutôt paraît l'être par la palpation

abdominale, sans qu'il existe de dilatation. Pendant la période digestive, on le constate chez un très grand nombre d'individus normaux dont la paroi abdominale n'est ni trop infiltrée de graisse, ni trop prompte à se contracturer, et permet d'arriver jusqu'à la paroi gastrique. Dans ces conditions il est en réalité dépourvu de toute valeur pathologique. Loin des repas, et surtout après un jeûne prolongé au delà de douze heures, il est plus significatif. Cependant il peut être confondu avec d'autres bruits abdominaux. Sans parler des borborygmes parfois mal interprétés par les malades, mais non par les médecins, on doit se méfier du bruit de clapotage intestinal qui ressemble souvent beaucoup au bruit de clapotage stomacal. On a dit qu'il n'existait qu'en cas de diarrhée; c'est une erreur. La collision d'anses intestinales flasques et contenant toujours, même à l'état normal, un peu de sérosité peut, comme l'a montré l'expérience très simple de M. Debove, donner lieu à un gargouillement difficile à distinguer du clapotage gastrique. Et de fait, ce pseudo-clapotage se retrouve souvent chez les femmes atteintes d'entéroptose dont l'intestin pend atone au-devant de la colonne vertébrale. Le gargouillement colique est plus facile à distinguer du clapotage gastrique, dans la majorité des cas. Son timbre est moins humide et vraiment assez spécial. Cependant dans quelques circonstances, surtout lorsque les gaz sont en petite quantité dans le gros intestin, ou encore s'il y existe des matières liquides, on peut obtenir une sorte de glou-glou qu'on est porté à attribuer à l'estomac, surtout quand

il siège dans le côlon transverse normalement accolé à la grande courbure stomacale.

La meilleure méthode pour éviter toute erreur est de contrôler le bruit de clapotage stomacal, soit par le cathétérisme, soit, plus cliniquement, par la succussion qui consiste à secouer le tronc pris à deux mains et qui produit un bruit de glou-glou dont l'existence est absolument liée à celle du clapotage stomacal.

Non seulement on peut être exposé à confondre le bruit de clapotage avec un autre bruit, mais il arrive souvent qu'on l'entende encore en percutant le ventre en dehors des limites réelles du ventricule. Cela se produit surtout quand l'intestin est fortement météorisé. Dans ces conditions, le coussinet gazeux que forment les anses intestinales, transmet à l'estomac qui repose sur elles les vibrations qu'on imprime à un point quelconque de la paroi abdominale, et on obtient ainsi le clapotage dans une étendue beaucoup trop considérable.

On peut remédier à cette cause d'erreur, en appuyant sur la paroi abdominale avec le bord de la main gauche, immédiatement au-dessus du point où on lui imprime des secousses de la main droite. On empêche de cette façon la transmission des vibrations, et on peut considérer le bruit de clapotage, ainsi obtenu, comme se produisant immédiatement sous la main.

III. Autres Méthodes. — Il existe beaucoup d'autres méthodes pour apprécier les dimensions de l'estomac. Citons pour mémoire : *L'Auscultation de l'estomac à l'aide du Phonendoscope de Bianchi; la Diaphanoscopie ou Gastrodiaphanie* qui consiste à

délimiter l'estomac éclairé par l'introduction d'une petite lampe électrique ; enfin *la Radioscopie*. Sans nier les services qu'elles peuvent rendre comme méthodes d'étude ou comme moyens de contrôle des données fournies par la percussion et la palpation, nous croyons qu'on ne peut les employer dans la clinique courante en raison des difficultés de leur application. Aussi nous dispenserons-nous de les étudier dans ce travail, essentiellement consacré aux figuré de cliniciens.

IV. Limites de l'estomac normal. — L'estomac normal, étudié à l'aide de la percussion au niveau de la paroi thoraco-abdominale antérieure, se trouve la façon suivante :

On peut y distinguer deux parties : 1° une partie supérieure verticale, située à gauche, occupant l'espace de Traube ; 2° une partie inférieure, petite tubérosité, occupant l'épigastre et ayant une direction sensiblement horizontale. Au point de jonction de ces deux parties, on note souvent un léger étranglement qui, chez certaines femmes, prend assez d'importance pour amener une sorte de biloculation du viscère. Au niveau du bord supérieur ou petite courbure, le changement de direction s'accuse par un angle plus ou moins fermé ; au niveau de la grande courbure, les deux parties se confondent insensiblement.

Pratiquement, la situation de la portion pylorique de l'estomac est seule intéressante à connaître, car c'est presque exclusivement à ses dépens que se fait l'ectasie, sauf dans les grandes dilatations où tout le viscère est intéressé. Cette remarque est d'autant

plus curieuse à faire qu'au point de vue physiologique, il a été aussi démontré que la portion pylorique est la seule partie motrice de l'estomac : les aliments s'y accumulent, y sont brassés et sont évacués dans l'intestin par l'action de ses fibres musculaires propres. La portion verticale ou grand cul-de-sac est uniquement destinée à la sécrétion du suc gastrique.

La limite supérieure de l'estomac, cachée par le foie, n'est pas toujours facile à fixer exactement. Aussi les auteurs varient-ils sur son appréciation. Tandis que les auteurs allemands admettent que, l'estomac étant insufflé, la petite courbure contourne exactement l'appendice xiphoïde, il m'a semblé, ainsi du reste qu'on l'admet en France, qu'elle en était distante de un ou deux travers de doigt sur la ligne médiane chez l'homme, peut-être un peu plus chez la femme dont la base du thorax est plus resserrée.

La partie inférieure ou grande courbure a une situation variable, selon que l'on examine un estomac à jeun ou en période de digestion. A jeun, d'après M. Labbé, la grande courbure ne descendrait jamais au-dessous d'une ligne horizontale passant par l'origine des cartilages de la neuvième côte. Luschka et Jonnesco lui donnent comme limite une ligne horizontale unissant les bords inférieurs convexes des cartilages des dixièmes côtes. Quand l'estomac est rempli ou insufflé, cette limite s'abaisse notablement, et on a pris l'habitude, en clinique, de considérer, à l'exemple du professeur Bouchard, les lignes costo-ombilicales (allant de l'ombilic à l'extrémité libre de la 11e côte) droite et gauche, comme li-

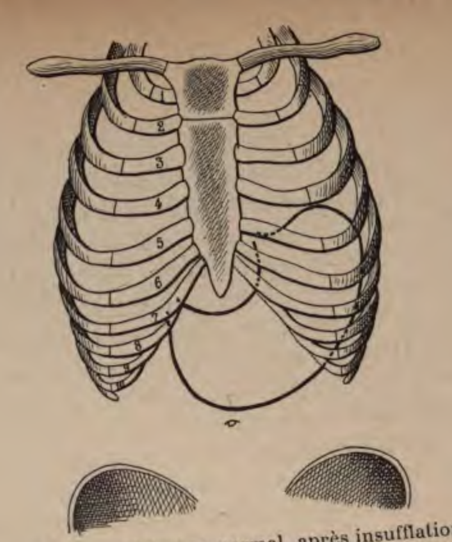


Fig. 1. — Estomac normal, après insufflation.

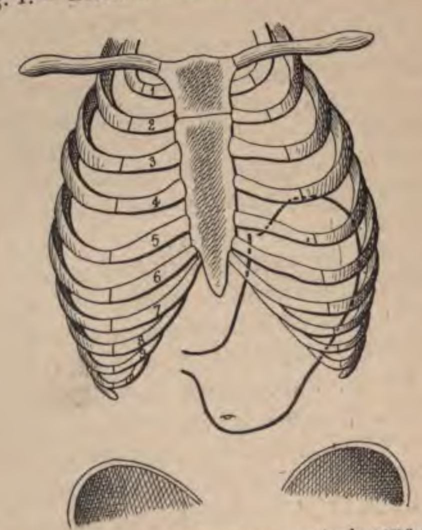


Fig. 2. — Estomac en dislocation verticale sans dilatation, après insufflation.

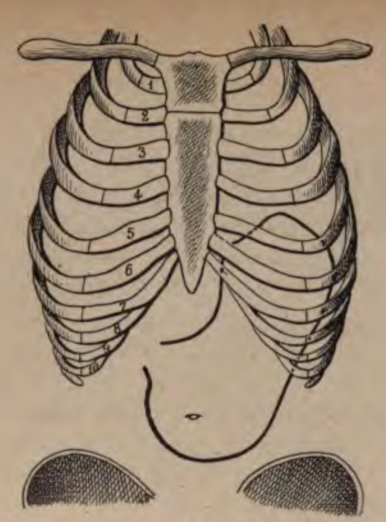


Fig. 3. — Estomac en dislocation verticale avec dilatation, après insufflation.

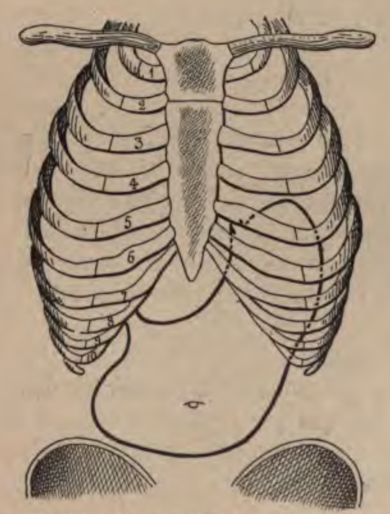


Fig. 4. — Grande dilatation de l'estomac par sténose du pylore.

mite inférieure de l'estomac dans la période digestive.

Beaucoup de médecins se contentent de rechercher la limite inférieure de l'estomac, et, si elle est abaissée, ils admettent l'existence d'une dilatation. C'est un tort. On doit rechercher la limite supérieure de l'organe, sa limite inférieure et mesurer sur la ligne médiane l'espace compris entre ces deux lignes qui est d'environ 5 à 7 centimètres et demi. Si ce diamètre est plus grand, on a affaire à une dilatation. Cette dilatation en hauteur est de beaucoup la plus fréquente et la plus importante. Elle s'accompagne aussi de l'augmentation de surface de l'estomac transversalement. Quelques auteurs admettent une forme spéciale de dilatation en largeur où les dimensions horizontales de l'estomac seraient fortement augmentées, tandis que les dimensions verticales seraient peu prononcées. Cette distinction est, à notre avis, de peu d'intérêt.

Il importe de ne pas confondre, comme on le fait trop souvent, la dilatation de l'estomac et la *gastroptose*. Cette erreur, facile si on se contente de rechercher la limite inférieure de l'organe, est au contraire évitée lorsqu'on en recherche en même temps la limite supérieure. D'ailleurs il arrive assez souvent que la gastroptose se complique de dilatation de l'estomac.

Les figures 1 à 4 ont pour but de faire bien saisir, sans que nous ayons à insister davantage, les différents cas qui peuvent se présenter en clinique. Elles nous dispenseront d'entrer dans de plus longs développements.

2. — ÉTUDE DE LA TONICITÉ ET DE LA RÉSISTANCE DES PAROIS DE L'ESTOMAC.

Elle vient compléter très utilement les données acquises sur la capacité gastrique.

Cliniquement, on peut juger très simplement de l'état des parois gastriques par la facilité avec laquelle on produit le bruit de clapotage, et l'intensité de celui-ci ; d'autre part, en recherchant les différences plus ou moins considérables qui existent entre les dimensions de l'estomac vide et de l'estomac rempli. C'est sur ce principe qu'est basée la méthode très pratique de Dehio, qui consiste à percuter l'estomac à vide d'abord, puis après y avoir introduit des quantités graduellement croissantes d'eau; la limite inférieure de l'organe s'abaisse à chaque ingestion, et cela d'autant plus que les parois gastriques sont moins résistantes, plus flasques.

Chez les malades qui ont l'habitude du tube, on peut faire la contre-épreuve en examinant successivement l'estomac plein et l'estomac vidé par un cathétérisme. J'ai obtenu avec cette méthode des indications intéressantes chez les malades atteints de sténose du pylore ayant entraîné de grandes dilatations avec stase alimentaire importante.

On peut aussi étudier comparativement l'estomac avant et après l'insufflation : en faisant varier la quantité de gaz introduite dans l'estomac, on obtient une pression intérieure plus ou moins considérable dont les variations permettent de juger, avec une

précision relative, du degré d'atonie et d'extensibilité de l'estomac. M. Bourget (de Genève) a recours à la méthode très simple que voici : Il emploie pour l'insufflation la double poire d'un pulvérisateur qu'on jauge de la façon suivante. On prend une bouteille d'un litre remplie d'eau qu'on renverse sur une cuve à eau ; puis on y introduit le tuyau adapté à la poire ; on presse alors celle-ci bien complètement entre les deux mains posées à plat, et on compte combien de fois il faut comprimer la poire pour chasser toute l'eau du litre. En divisant les mille centimètres cubes par le nombre de poires, on sera renseigné sur la contenance de chacune d'elles.

D'après M. Bourget, chaque estomac serait capable de recevoir une quantité maxima d'air, passé laquelle il se contracte et expulse l'air qu'on continue à y introduire. La limite de distension présenterait ainsi pour chaque individu, une fixité tout à fait remarquable. Chez l'adulte, l'estomac normal ne tolère pas plus de 700 à 900 centimètres cubes d'air ; plus l'estomac serait flasque et dilatable, plus on pourrait y introduire de gaz, sans en provoquer la révolte.

3. — RECHERCHE DE LA FAÇON DONT L'ESTOMAC ÉVACUE SON CONTENU DANS L'INTESTIN.

Elle est de la plus haute importance. En effet, la gravité des dilatations d'estomac est subordonnée en partie à l'intensité des troubles survenus dans l'évacuation des aliments dans l'intestin. Il est donc nécessaire, indispensable même, de connaître la façon dont

s'accomplit cette fonction primordiale de l'estomac.

Voici comment, à notre avis, on peut considérer les choses.

L'estomac, à l'état normal, doit être vide deux heures après l'ingestion d'un liquide, et six à sept heures après l'ingestion d'un repas ordinaire.

S'il met plus longtemps à se vider, on peut admettre qu'il est atteint d'insuffisance motrice, et cela d'autant plus que l'évacuation est plus tardive.

Si l'estomac tarde seulement à se vider, mais qu'il y arrive cependant dans un laps de temps d'environ dix heures, on le dit atteint *d'atonie ou d'insuffisance motrice du premier degré.*

Mais si l'estomac n'est pas vide au bout de douze heures de jeûne, on peut admettre qu'il n'arrive jamais à évacuer complètement son contenu, que les différents repas s'accumulent dans le viscère, que celui-ci, en un mot, n'est vide à aucun moment. On donne à cet état, beaucoup plus grave que le précédent, le nom de *stase gastrique*, de *rétention alimentaire* ou d'*insuffisance motrice du deuxième degré.*

Parmi les nombreux procédés qui ont été proposés pour apprécier la façon dont l'estomac évacue son contenu, il n'y en a guère que deux qui, par leur simplicité et leur précision, nous semblent recommandables aux cliniciens, les autres étant surtout destinés à des études scientifiques.

Le premier consiste à rechercher le bruit de clapotage à divers moments de la journée et plus simplement, d'une part huit heures après le repas, d'autre part le matin à jeun. La présence de ce bruit,

indiquant l'existence d'aliments dans l'estomac, permet de juger de la rapidité avec laquelle se fait l'évacuation stomacale.

Malheureusement, nous le savons déjà, dans la recherche du clapotage, on est exposé à de nombreuses erreurs d'interprétation. Aussi est-il plus simple de s'assurer de la présence des aliments dans l'estomac par le cathétérisme. Si l'on a affaire à des malades qui ont déjà subi cette petite opération, on peut à la rigueur leur passer la sonde huit heures après le repas, et de nouveau douze ou treize heures après. Mais en clinique, il est d'une médiocre utilité de reconnaître les différents degrés d'atonie gastrique. Il suffit, dans l'intérêt du pronostic et du traitement, de distinguer l'*atonie* et la *stase gastrique*. Pour ce faire, on prescrit aux malades de n'absorber, le repas du soir une fois terminé et jusqu'au moment de l'examen, aucun aliment, aucune boisson, en quantité si minime que ce soit. Le cathétérisme est fait le lendemain matin, vers sept ou huit heures.

Il ne faut jamais se contenter d'un simple cathétérisme évacuateur; lorsque celui-ci est resté infructueux, il faut faire le lavage de l'estomac avec un demi-litre d'eau : si l'eau ressort propre, ou souillée seulement de quelques filaments muqueux, on peut être assuré que l'estomac est vide.

Les résidus qu'on extrait de l'estomac le matin à jeun sont de nature variable. La présence de quelques centimètres cubes de liquide bilieux, de réaction neutre au tournesol, n'a pas de signification pathologique. Celle d'une grande quantité de bile peut être

l'indice d'une dislocation de l'estomac et d'un abaissement du pylore permettant le reflux de la bile (cas de Weill). Elle peut indiquer aussi l'existence d'une sténose du duodénum au-dessous de l'ampoule de Vater. Souvent on retire des liquides légèrement bilieux, acides, contenant des flocons de mucus. Si ces liquides sont en petite quantité, au-dessous de 10 centimètres cubes, on est autorisé à ne leur attribuer aucune importance : ils peuvent être dus à une sécrétion provoquée par l'excitation de la muqueuse par la sonde ; une plus grande quantité est l'indice d'un état pathologique qu'on désigne sous le nom de gastrosuccorrhée ; nous en parlerons en faisant l'histoire des divers types cliniques. Enfin on peut trouver une quantité variable de débris alimentaires, plus ou moins bien divisés et reconnaissables, délayés dans un liquide acide plus ou moins abondant : c'est la véritable rétention alimentaire, la véritable stase gastrique. Il est bon, comme le conseillent quelques auteurs, de faire prendre aux malades, un jour ou deux avant de pratiquer le cathétérisme, certains légumes ou fruits tels que carottes, salades cuites, lentilles, et surtout raisins secs ou pruneaux dont l'enveloppe celluleuse, restant indigérée, est facilement reconnaissable. De plus ces substances, formant des fragments assez volumineux, passent à travers le pylore avec moins de facilité et séjournent plus longtemps dans l'estomac que les substances réduites en bouillie par l'action du suc gastrique. On conçoit que leur présence puisse révéler les formes légères de la stase qui autrement pourraient passer inaperçues.

III. — ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE DES DILATATIONS

Après avoir constaté l'existence d'une dilatation de l'estomac et examiné l'état des fonctions motrices et évacuatrices de l'organe, il faut en rechercher la cause dans l'étude des commémoratifs, des symptômes dyspeptiques et des troubles généraux qui l'accompagnent. Cette enquête étiologique est de la plus haute importance. C'est sur elle que reposent le diagnostic, le pronostic et le traitement. En effet, nous allons voir que la diversité des origines entraîne la diversité des formes morbides qui, malgré les nombreux symptômes qui leur sont communs, jouissent chacune d'une véritable autonomie, et méritent chacune une description tout à fait spéciale.

Les raisons pathogéniques des dilatations de l'estomac sont de deux ordres :

I. — La principale cause, de beaucoup la plus importante, réside dans un obstacle siégeant au voisinage du pylore, antre pylorique, pylore ou duodénum, et s'opposant, d'une façon plus ou moins efficace et complète, au passage des aliments de l'estomac dans l'intestin. Cet obstacle est dû surtout à une lésion organique intra ou extra-stomacale. Souvent le spasme, la contracture du pylore vient s'ajouter à la lésion organique, d'une façon irrégulière, intermittente, imprimant à la maladie une allure parti-

culière sur laquelle nous aurons à appeler l'attention. Enfin parfois on est amené à admettre la seule et unique influence d'un spasme du pylore. — Chacune de ces modalités étiologiques donne lieu à un syndrome spécial qu'avec un peu d'habitude il est assez aisé de reconnaître.

II. — En regard des dilatations de cause pylorique, il faut placer celles qui sont dues à une contraction insuffisante des parois de l'estomac.

Cette inertie peut être due, par exception, à une altération anatomique ; mais elle est le plus souvent le résultat d'un trouble purement fonctionnel consistant dans le relâchement parétique de la tunique musculaire de l'estomac.

1. — DILATATIONS D'ORIGINE PYLORIQUE

I. Causes. — Les lésions organiques que l'on rencontre, dans l'immense majorité des cas, dans le voisinage du pylore (antre pylorique, valvule, duodénum), sont le cancer et l'ulcère.

Le cancer, de volume et d'aspect variables, amène un rétrécissement d'autant plus serré qu'il siège plus près de la valvule et qu'il contient plus de tissu fibreux rétractile. De tout petits squirrhes annulaires du pylore, dont la nature même reste douteuse à défaut d'examen microscopique, constituent souvent un obstacle plus sérieux que de larges encéphaloïdes fongueux et ulcérés. Il y a lieu de tenir compte aussi de l'hypertrophie des ganglions rétro-pyloriques qui augmentent la sténose par la compression qu'ils

exercent, et aussi et surtout des brides péritonéales et des adhérences aux organes voisins, causes fréquentes de tiraillements, amenant des coudures et des déformations de l'orifice pylorique.

Quelles que soient la disposition anatomique ou la forme histologique du cancer, la sténose qui en résulte a pour caractère clinique principal une marche rapide et sans rémissions. En peu de temps, la sténose arrive à être très serrée, et la dilatation d'estomac se complique rapidement de stase qui, une fois constituée, ne rétrocède pas. Il y a bien peu d'exceptions à cette règle.

A côté du cancer, il faut citer *les ulcères de l'estomac ou du duodénum*, plus fréquents encore que le cancer. Leurs dimensions, variables, ne semblent pas avoir grande influence sur le tableau clinique ; leur siège, situé plus ou moins loin de la valvule pylorique, tout en ayant plus d'importance, n'a pas encore une influence décisive. La forme anatomique de cette lésion polymorphe présente au contraire un intérêt de tout premier ordre. On peut distinguer l'ulcère aigu en pleine activité, l'ulcère déjà ancien, en partie cicatrisé, mais dont le tissu subit de temps en temps des poussées fluxionnaires donnant naissance, par crises, à des symptômes d'ulcère aigu plus ou moins faciles à diagnostiquer, enfin l'ulcère chronique complètement cicatrisé, et pour toujours. Dans ces deux dernières formes, il faut ajouter à l'influence de la lésion stomacale celle des lésions péritonéales qui en sont une conséquence presque fatale et qui, comme pour le cancer, pro-

voquent des coudures et des vices de position.

Quoi qu'il en soit, un des caractères les plus curieux des sténoses du pylore par ulcère, consiste dans le polymorphisme et l'inconstance de leurs formes cliniques : tandis que les ulcères cicatrisés définitivement, dits ulcères calleux, situés au voisinage direct de la valvule entraînent une dilatation considérable, avec stase gastrique abondante, non susceptible de s'améliorer spontanément ou par le traitement médical, définitive, très analogue à celle du cancer, et due comme elle à la présence d'un tissu fibreux, rétractile et inextensible, au contraire les ulcères totalement ou partiellement en activité présentent ce caractère fort curieux d'agir moins par eux-mêmes que par la contracture du pylore qu'ils provoquent. On conçoit que celle-ci soit commandée par une foule de circonstances d'ordre local ou général. Il en résulte une grande variabilité dans l'intensité des signes physiques et des symptômes dyspeptiques, d'où des alternatives d'amélioration et d'exacerbation qu'on observe dans la marche du syndrome causé par les ulcères juxta-pyloriques, d'où les rechutes et les récidives auxquelles sont exposés les malades qui en sont atteints. Malgré l'intérêt que présenterait l'exposé détaillé de cette théorie que j'ai développée ailleurs, je n'insiste pas, car sa discussion sortirait du cadre limité de ce travail.

Nous passerons rapidement sur les autres lésions anatomiques pouvant entrainer une sténose du pylore.

Parmi les *causes intrinsèques*, les *rétrécissements cicatriciels* sont les plus intéressants. Si la région pylorique est seule altérée, on observe de la dilatation avec stase, mais souvent la dilatation manque, en raison de l'induration cicatricielle des parois gastriques. La même observation peut être répétée pour la *linite plastique* qui, localisée au pylore, donne lieu à de la dilatation qui n'existe pas si la linite est étendue à une grande surface de parois de l'estomac.

Pour mémoire, citons les *ulcérations syphilitiques et tuberculeuses* dont l'histoire clinique n'est pas établie, et les tumeurs non cancéreuses : *polypes, polyadénomes*, *myômes*, *fibromes*, qui restent jusqu'à ce jour de pures curiosités anatomiques.

Nous devons dire quelques mots des *sténoses d'origine extrinsèque*. Exceptionnellement, elles sont dues à la compression produite par des *ganglions hypertrophiés*, ou encore par un organe voisin : *foie, rein*, *pancréas*, *déplacés ou augmentés de volume*. Les *lésions de la vésicule biliaire* méritent d'être assez souvent incriminées (vésicule ou voies biliaires cancéreuses, vésicule ou voies biliaires calculeuses, vésicule hydropique). Dans un cas curieux, que nous avons observé, la vésicule, extrêmement adhérente à la première portion du duodénum, communiquait avec lui par un canal donnant passage à un calcul saillant de deux ou trois centimètres dans l'intestin.

Toutes ces lésions peuvent agir par compression : elles agissent aussi en provoquant de la péritonite de voisinage, dont les adhérences étranglent le pylore.

et le duodénum. D'ailleurs la *péritonite tuberculeuse* ou les *reliquats des péritonites localisées* dans cette région de l'abdomen peuvent amener des résultats identiques.

Enfin, il semble que la dilatation avec ou sans stase puisse être causée par une *coudure trop brusque, produite au niveau du duodénum par la dislocation verticale de l'estomac.* Cependant, il est bon de faire observer que bien souvent, dans les cas de ptose gastrique, la dilatation est plus apparente que réelle, l'abaissement de la grande courbure résultant de la chute totale de l'estomac et non pas de l'augmentation de volume de sa cavité.

Un mot seulement des *sténoses pyloriques de l'enfance*. D'après Weill (de Lyon), elles sont rares et s'accompagnent exceptionnellement d'augmentation de volume du viscère. D'ailleurs la dilatation est ici difficile à diagnostiquer, en raison de la situation de l'estomac et de ses rapports avec le foie et l'intestin qui en recouvrent une large surface.

A côté des dilatations d'origine organique, faut-il admettre des dilatations par *spasme du pylore*. A notre avis, il n'est pas douteux que la contracture joue un rôle important dans les dilatations dues à un ulcère juxta-pylorique. On peut s'en rendre compte en comparant le volume de l'estomac pendant les crises douloureuses et dans leur intervalle. Il est certain que la répétition incessante de ces crises contribue à forcer la musculature de l'estomac et à provoquer la dilatation permanente de l'organe. Mais peut-on admettre que le spasme du

pylore puisse, à lui seul, ou associé à des lésions organiques minimes (érosions, ulcérations punctiformes, gastrite ou duodénite), être la cause d'une dilatation? Oui, sans aucun doute pour les dilatations de petite capacité moyenne *sans stase*. Pour les grandes dilatations *avec stase*, nous croyons pouvoir décidément dire non. Nous n'en avons en effet aucune preuve positive et nous en avons constaté bien des cas négatifs. Les arguments basés sur les constatations qu'ont pu faire certains chirurgiens, au cours de laparotomies, ne nous disent rien qui vaille, car il est fréquent que des lésions importantes passent inaperçues dans ces conditions et qu'un pylore, déclaré sain pendant une opération, présente à l'autopsie des lésions anatomiques importantes.

II. Physiologie pathologique. — Quelle que soit la cause des dilatations d'estomac d'origine pylorique, la *pathogénie* à invoquer pour les expliquer est toujours la même et des plus simples à comprendre. A l'état normal, au moment où le bol alimentaire passe dans l'intestin, le pylore s'ouvre largement, tandis que la couche musculaire de l'estomac, et spécialement celle qui revêt sa portion horizontale, se contracte fortement. Ce travail ne se fait pas instantanément, d'un seul coup, mais par une série de petits efforts répétés. Dans l'intervalle des digestions, l'estomac étant vide complètement, les fibres musculaires restent relâchées, à l'état de repos. — Si, au contraire, le pylore est, par une raison quelconque, imperméable, l'estomac doit se contracter plus énergiquement pour forcer l'obstacle. En outre, la sta-

gnation prolongée ou indéfinie des aliments et des gaz augmente et prolonge outre mesure la pression intra-gastrique et maintient sans cesse les parois du viscère en état de contracture tonique. Il résulte de ce double excès de travail, que la tunique musculaire de l'estomac se laisse distendre en même temps qu'elle s'hypertrophie jusqu'à atteindre deux et trois fois son épaisseur normale. Il se passe ici, et par un mécanisme identique, le même travail physiologique que pour le cœur dans l'insuffisance aortique.

Cette forme de dilatation avait déjà été notée par notre grand anatomiste Cruveilhier et il la désigna sous le nom de *dilatation hypertrophique*, dénomination analogue à celle de *dilatation hypertonique* employée par les Allemands. Elle est absolument caractéristique des dilatations par obstacle pylorique et mérite d'être mise en opposition avec la *dilatation atonique* que nous allons étudier plus loin.

Il est bon de remarquer que le volume de la dilatation n'est nullement proportionnel au diamètre du rétrécissement. Pour expliquer les variations souvent inexplicables qu'on remarque à ce sujet, il faut faire entrer en ligne de compte bien des facteurs, tels que la durée et la continuité de la maladie, l'état de résistance fonctionnelle, congénitale ou acquise, des fibres lisses, l'intensité des lésions anatomiques surajoutées, le degré de la rétention, la quantité des aliments ingérés, la fréquence des vomissements, etc.

III. SYMPTÔMES PROPRES A TOUTES LES DILATATIONS D'ORIGINE PYLORIQUE. — Au point de vue clinique,



dilatations d'origine pylorique présentent quelques symptômes particuliers dignes d'être notés. Nous allons les signaler rapidement.

1° **Signes physiques.** — **L'inspection** permet d'en reconnaître deux.

a) *Tension de l'épigastre.* — Lorsqu'on inspecte le ventre, on est souvent frappé d'une tuméfaction de la région sus-ombilicale qui fait un relief assez accentué, plus accentué à gauche qu'à droite. A la palpation, elle est dure et donne la sensation d'un ballon de caoutchouc fortement gonflé ; elle est à la percussion d'une sonorité tympanique. Ce gonflement est dû à la contracture tonique de l'estomac qui cherche à forcer un obstacle siégeant au niveau du pylore. Il se montre sous des apparences quelque peu variables : tantôt, ainsi que l'a montré M. Bouveret, *par intermittences*, l'estomac paraissant se gonfler et se dégonfler alternativement, comme avec une pompe aspirante et foulante ; tantôt, comme nous l'avons vu à plusieurs reprises, sous forme de *contractures continues*, débutant peu après l'ingestion des aliments et ne s'affaissant que lorsque l'estomac a évacué son contenu dans l'intestin, ou a été vidé artificiellement par le vomissement ou par la sonde.

b) *Ondulation épigastrique.* — Elle consiste dans la production, au niveau de l'estomac, d'ondes péristaltiques qui se dessinent par intermittences, dans la région sus-ombilicale. Inutile d'insister sur ce symptôme devenu aujourd'hui classique.

Ces signes ne sont pas constants dans les dilatations par sténose, mais, quand ils existent, ils

en sont pour ainsi dire les témoins irrécusables.

Le cathétérisme donne aussi des indications utiles. Il fait constater la gastrosuccorrhée avec hyperchlorhydrie qui semble toujours être associée à une sténose du pylore.

Il fait aussi constater la stase alimentaire abondante avec rétention d'aliments ingérés depuis plusieurs jours, qui indique l'existence d'une très grande dilatation stomacale avec sténose pylorique très serrée. En effet, les dilatations par atonie s'accompagnent rarement d'une rétention alimentaire importante.

2° **Troubles fonctionnels.** — *Phénomènes dyspeptiques.* — Les phénomènes dyspeptiques, qui accompagnent les dilatations avec sténose, quelles que soient du reste leurs variétés, présentent un caractère de la plus grande importance et sur lequel nous insistons à dessein. Ils se montrent avec toute leur intensité à une grande distance des repas, de deux à cinq heures après. Le plus fréquemment, les différents symptômes : douleurs plus ou moins vives, régurgitations, renvois gazeux, vomissements, après avoir duré un temps variable, une ou deux heures, disparaissent complètement pour ne reparaître à nouveau que quelques heures après un nouveau repas. Parfois, soit pendant des périodes d'intolérance stomacale, soit en cas de stase alimentaire très prononcée, les malaises gastriques persistent à l'état continu, mais alors ils présentent encore une exacerbation très nette quelques heures après les repas. Ces accidents dyspeptiques, apparaissant *tardivement*, nous semblent avoir une signification tellement précise, être

si caractéristiques d'un obstacle pylorique que, pour bien en marquer la valeur, nous avons proposé, dans un travail antérieur fait en collaboration avec notre ami le Dr Hartmann, de les désigner sous le nom de *syndrome pylorique*.

IV. Formes cliniques. — Après avoir indiqué, dans une vue d'ensemble, les principaux caractères cliniques des dilatations avec sténose, nous devons en esquisser très rapidement les différentes formes cliniques.

On peut en distinguer plusieurs formes, reliées entre elles par de nombreuses variétés de passage.

1° **Grande dilatation avec stase alimentaire abondante.** — La capacité gastrique est considérable, la rétention alimentaire très abondante, dépassant souvent plusieurs litres, le liquide extrait à jeun, épais, très lié, renfermant de nombreux débris alimentaires ingérés depuis plusieurs jours, est très facilement reconnaissable et présente une forte odeur de fermentation. La symptomatologie, d'ailleurs assez variable, présente, comme symptômes essentiels, de grands vomissements se reproduisant tous les deux ou trois jours, des douleurs, augmentant d'intensité à mesure que l'estomac se remplit davantage et disparaissant momentanément après le vomissement, des renvois gazeux, nidoreux. Le tableau morbide se complique d'hématémèses souvent minimes et composées de sang noirâtre, rarement de grandes hémorragies à sang rouge. Parfois on observe des perforations. La tétanie est un accident assez fréquent. Cette forme s'observe dans les obstructions pyloriques dues au

cancer, aux cicatrices fibreuses d'ulcères de vieille date, à quelques sténoses d'origine extrinsèque. Pour reconnaître la nature de la lésion causale, l'analyse du suc gastrique est d'un grand secours. Voici, comment, à mon avis, on peut en résumer les résultats.

Lorsque la sténose pylorique est due à la présence d'un *cancer*, les liquides de stase sont d'une acidité élevée due à la présence d'acides organiques abondants; tandis que l'acide chlorhydrique libre manque et que l'acide chlorhydrique combiné est en faible proportion, l'acide lactique y apparaît en forte proportion. Le chlore total est peu élevé relativement au chlore fixe : la chlorhydrie est minime. L'analyse du liquide d'un repas d'épreuve retiré au bout d'une heure donne une acidité très faible, le chlore total faible est au-dessous de 3 p. 1000, le chlore fixe est assez fort, la chlorhydrie presque nulle.

Si l'*ulcère* est en cause, on peut observer deux cas : tantôt, dans les ulcères récents, l'acidité est assez élevée et est due à l'acide chlorhydrique dont les réactions sont très marquées, tandis que la réaction lactique manque; tantôt, dans les ulcères anciens, l'acidité est peu prononcée, mais toujours due à l'acide chlorhydrique avec très peu d'acides de fermentation. Mais, caractère très important, dans les deux cas, le chlore total est abondant, dépassant d'ordinaire 4 p. 1000, et le chlore fixe est à un taux plus faible : la chlorhydrie élevée indique l'intensité de la sécrétion stomacale. L'analyse du liquide du repas d'épreuve (pain et eau) retiré au bout d'une heure montre d'or-

dinaire que l'acidité est très marquée, que le chlore total est en grande proportion tandis que le chlore fixe est à un taux relativement faible. La chlorhydrie est donc intense. Cependant il faut savoir que lorsque l'ulcère est de date ancienne, la sécrétion chlorhydrique peut être retardée, comme l'a fort bien montré M. Hayem, et que le suc gastrique, au lieu d'atteindre son maximum d'acidité au bout d'une heure, ne l'atteint qu'au bout d'une heure et demie ou deux heures. Il est alors nécessaire de faire des examens successifs, en série. Toutefois, on peut soupçonner ces cas de sécrétion retardée, quand le repas d'épreuve, extrait au bout d'une heure, fournit une acidité faible, coïncidant avec la présence d'une quantité élevée de chlore total. Nous avons dit plus haut qu'en cas de cancer, l'acidité totale était faible et le chlore total faible également. On conçoit l'importance de ce détail pour établir le pronostic de la sténose du pylore.

Enfin, dans les cas bien plus rares où la sténose est due à une *cause autre que l'ulcère ou le cancer*, les liquides de stase offrent à peu près les caractères de ceux de l'ulcère, mais les chiffres des différents éléments du repas d'épreuve se rapprochent sensiblement des chiffres normaux.

2° **Gastrosuccorrhée.** — On peut en reconnaître deux variétés, selon que le cathétérisme à jeun ramène des débris alimentaires facilement reconnaissables, mais nageant dans une grande quantité de liquide fluide, ou qu'il ne retire que du liquide gris verdâtre avec quelques flocons muqueux, mais sans débris

alimentaires visibles. Quoi qu'il en soit, la symptomatologie est la même.

La dilatation est de volume variable, d'ordinaire pas très considérable. Le syndrome pylorique apparaît avec toute sa netteté. Les douleurs sont tardives, assez intenses, se terminant souvent par un vomissement ou des régurgitations aqueuses. La tension épigastrique ou les contractions péristaltiques sont assez fréquentes. Un des caractères principaux de la maladie, c'est d'évoluer par crises plus ou moins longues et plus ou moins espacées, dans l'intervalle desquelles la dyspepsie disparaît ou s'atténue très notablement. Souvent une hématémèse vient compliquer la scène; les perforations ne sont pas exceptionnelles. Ces cas s'accompagnent presque toujours d'hyperchlorhydrie. Le liquide retiré à jeun et plus ou moins abondant est d'une acidité très variable, comprise entre 0,80 et 2,50 p. 1000, probablement en raison directe de l'ancienneté de la maladie. Il présente en tous cas les réactions qualitatives très nettes du suc gastrique. Le liquide du repas d'épreuve extrait au bout d'une heure est dans la grande majorité des cas hyperacide. Il existe cependant des cas de sécrétion retardée avec hyperchlorhydrie tardive. Enfin, nous avons observé quatre fois seulement la gastrosuccorrhée avec hypochlorhydrie et hypochlorurie. Nous considérons tous les cas de gastrosuccorrhée avec hyperchlorhydrie comme dus à des ulcères juxtapyloriques. Toutes les fois que nous avons pu faire des constatations anatomiques soit à l'autopsie, soit au cours de laparotomies, nous avons

[illegible] gastrosuccorrhéiques les [illegible] nous [illegible] sommes [illegible] comme cons- [illegible]

[illegible] gastrosuccorrhéiques avec hypo- chlorhydrie [illegible] nous avons parlé [illegible] signa- lés par quelques auteurs allemands. Nous avons quelque raison, en nous basant sur leur [illegible] observations personnelles, de croire que les cancers qui s'accompagnent de gastrosuccorrhée avec hypo- chlorhydrie sont des cancers greffés sur d'anciens ulcères cicatrisés. En effet, dans ces deux observa- tions les malades, d'abord gastrosuccorrhéiques hyperchlorhydriques, sont devenus ultérieurement gastrosuccorrhéiques hypochlorhydriques : la lapa- rotomie, qui a montré l'existence du cancer dans les deux cas, n'a été faite qu'à cette dernière période d'hypochlorhydrie.

Nous avons dit que la gastrosuccorrhée évoluait par crises, séparées par des intermittences. Il est curieux de noter que, pendant les périodes d'accalmie, tandis que l'hyperchlorhydrie digestive ne se modifie guère, la sécrétion à jeun diminue dans de très notables proportions jusqu'à disparaître parfois complètement. Parallèlement, la dilatation d'estomac, du moins dans les premières années de la maladie, s'exagère pendant les crises et se réduit beaucoup pendant les périodes intercalaires.

Cette intermittence dans les troubles dyspeptiques

et dans les signes physiques est un argument puissant en faveur du rôle que jouent, à côté de la lésion anatomique et, d'ailleurs, provoqués par elle, le spasme, la contracture du pylore. En somme, le pylore lésé se contracture sous l'influence du passage du bol alimentaire, tout comme le sphincter anal se contracture sous l'influence du bol fécal. Dans les deux cas, à l'irritation locale s'ajoute un élément nerveux d'ordre général d'une grande importance.

3° **Hyperchlorhydrie simple avec syndrome pylorique.** — On observe encore des dilatations s'accompagnant de simple hyperchlorhydrie sans stase, ni gastrosuccorrhée. Le suc gastrique, obtenu par un repas d'épreuve, est fortement acide : très rarement, quelquefois cependant, la sécrétion est retardée. Les symptômes, dans beaucoup de cas, sont identiques à ceux de la gastrosuccorrhée, et ce n'est que par l'examen, fait à jeun à l'aide de la sonde, qu'on peut les en distinguer. Dans d'autres cas, les symptômes sont moins accusés, les douleurs plus modérées, les vomissements moins fréquents; le traitement est aussi plus rapidement efficace. Ce ne sont là, on le voit, que des nuances. Au demeurant, la marche de la maladie est sensiblement la même. Les crises, quoique moins intenses, affectent la même périodicité avec une durée variable, et des intermittences plus ou moins longues, mais nettement accusées.

L'hyperchlorhydrie simple avec syndrome pylorique relève, dans quelques cas, d'ulcères du pylore, tout comme la gastrosuccorrhée, mais il est infiniment probable que, bien souvent aussi, surtout quand

les symptômes sont bénins, elle est sous l'influence d'un spasme du pylore, trouble fonctionnel, déterminé soit par des érosions pyloriques, soit par une simple irritation de la muqueuse agissant par voie réflexe, soit par un simple trouble nerveux, indépendant de toute lésion anatomique. Ici, comme pour la gastrosuccorhée, la dilatation est plus accusée pendant les périodes de crises que pendant les périodes d'accalmie.

4° **Dilatations de cause extrinsèque.** — Enfin, il existe des dilatations d'origine pylorique sans qu'on puisse constater ni gastrosuccorrhée, ni hyperchlorhydrie. Ces cas, assez rares, relèvent des lésions extrinsèques du pylore. C'est par les commémoratifs, les symptômes associés et l'étude minutieuse des organes abdominaux que le diagnostic causal pourra en être fait.

2. — DILATATIONS PAR INSUFFISANCE DE LA CONTRACTION DES PAROIS GASTRIQUES.

Nous avons vu, dans le paragraphe précédent, que les dilatations d'origine pylorique reconnaissaient, dans presque tous les cas, comme cause primordiale une lésion anatomique ou un trouble fonctionnel d'origine locale et que les phénomènes généraux n'intervenaient que d'une façon accessoire dans leur création et leur évolution.

Au contraire, dans le groupe de faits qui va nous occuper, la dilatation apparaît exceptionnellement comme une maladie locale. Elle est consécutive à une

altération de la nutrition générale et fait partie d'un ensemble symptomatique dont elle représente un élément plus ou moins important, mais sans pouvoir jamais revendiquer, comme on l'a prétendu pendant longtemps, y jouer un rôle capital, dominateur.

I. CAUSES. — Les dilatations d'estomac sans oblitérations du pylore sont, dans l'immense majorité des cas, dues à une insuffisance purement fonctionnelle de la tunique musculaire de l'estomac, atteinte dans sa tonicité et sa contractilité, sans qu'elle soit anatomiquement altérée ou du moins que les altérations légères qu'elle présente puissent être prises en considération. Les causes de cette sorte d'impuissance musculaire, qu'on désigne encore sous le nom d'atonie ou de myasthénie, sont multiples. Il faut d'abord attribuer une importance considérable, comme l'ont fort bien montré MM. Bouchard et Le Gendre, *à la débilité congénitale de la fibre musculaire stomacale,* très souvent accompagnée de celle de la fibre musculaire intestinale, du relâchement des ligaments qui attachent à la colonne vertébrale tous les viscères abdominaux (d'où la *splanchnoptose* si fréquemment associée à la dilatation), enfin de tous les tissus fibro-musculaires de l'économie (d'où la coïncidence fréquente des hémorroïdes, varices, emphysème, etc.). En même temps que cette cause prédisposante, congénitale, que nous considérons comme capitale, que nous croyons même indispensable, il faut attribuer un rôle important à toutes les affections qui exercent sur l'état général et en particulier sur le système nerveux une influence dépri-

mante. La *débilité nerveuse*, la *neurasthénie*, la *névropathie sous toutes ses formes*, le *surmenage physique et moral*, etc., sont des causes adjuvantes et aggravantes dont on peut constater chaque jour les effets désastreux. Les *affections cachectisantes*, *chlorose*, *tuberculose*, *cachexies de toutes sortes*, *maladies aiguës prolongées*, surtout la *fièvre typhoïde*, ont une influence très remarquable sur l'évolution de la maladie. Nous ne croyons pas cependant, comme certains auteurs, que toutes ces affections puissent créer de toutes pièces la dilatation par atonie. Elles peuvent l'aggraver, elles peuvent la révéler, en créant la dyspepsie qui force l'attention du clinicien, mais leur rôle se borne là.

En un mot, la *dilatation par atonie est une affection congénitale, jamais une affection acquise.*

On a cité cependant quelques cas très rares, où la dilatation a pu se développer rapidement chez des sujets non prédisposés; nous voulons parler des faits de *dilatation aiguë*, consécutive à des traumatismes : chutes sur le dos ou le ventre, opérations abdominales, traumatismes crâniens, etc. Ce sont là des faits de *gastroplégie* plutôt que d'atonie gastrique et qui constituent d'ailleurs de véritables curiosités cliniques.

On cite toujours, comme cause de dilatation atonique de l'estomac, une *mauvaise hygiène alimentaire :* les excès de table, l'abus des boissons, l'insuffisance de la mastication, les repas trop précipités sont autant de causes aggravantes de la maladie. Sans doute, elles peuvent contribuer à accroître la

dilatation, mais, elles non plus ne sont pas capables de la provoquer et elles ont plus d'influence sur la dyspepsie concomitante que sur l'ectasie gastrique, toujours préformée. D'après M. Hayem, les excès alimentaires provoqueraient des troubles du chimisme gastrique qui retentiraient ensuite sur l'élément moteur, en retardant l'évacuation stomacale et en provoquant la surcharge du viscère.

On peut faire remarquer cependant que les diabétiques, polyphagiques et polydipsiques, que les gros mangeurs et les grands buveurs ne sont pas tous, à beaucoup près, des dilatés, et que, d'autre part, beaucoup de petits mangeurs et surtout de petites mangeuses possèdent des estomacs de grande dimension.

Lorsqu'on examine, à l'autopsie, des estomacs atteints de grande dilatation atonique, on ne trouve le plus souvent, même au microscope, que des altérations d'importance minime. Dans tous les livres classiques, on décrit certaines lésions des fibres musculaires lisses, consistant en diverses variétés de dégénérescence qui ont été signalées surtout par les auteurs allemands : nous les croyons exceptionnelles et d'ailleurs fort difficiles à reconnaître, si nous nous en rapportons à notre expérience personnelle. Pour ce qui a trait aux lésions de gastrite interstitielle, il y a lieu d'établir une distinction. Les lésions purement histologiques, consistant en une infiltration de cellules rondes plus ou moins généralisées, et qui se rencontrent également dans les estomacs dilatés et non dilatés, ne nous paraissent avoir aucune importance sur la production de l'ectasie gastrique.

Quant aux gastrites macroscopiquement appréciables, déterminant l'épaississement des parois gastriques, elles ne sont guère compatibles avec la dilatation ; elles se rencontrent, dans l'immense majorité des cas, sur des estomacs rétractés, dont la cavité est très réduite de volume : tels sont, par exemple, les estomacs atteints d'infiltration cancéreuse, ou encore certains estomacs tuberculeux avec sclérose, etc.

II. Physiologie pathologique. — Quoi qu'il en soit, la physiologie pathologique des dilatations par insuffisance de la contraction des parois gastriques est toute différente de la précédente. Voici comment, à notre avis, on peut la comprendre. A l'état normal, les tissus musculaires lisses reviennent sur eux-mêmes, se rétractent automatiquement par le fait de leur élasticité et aussi de leur tonicité, c'est-à-dire par le fait de cet état de tension particulière au tissu musculaire et qui est subordonnée à ses liaisons avec le système nerveux central. On conçoit que, dans la débilité nerveuse, la neurasthénie, les névropathies en général, l'influx nerveux étant moins énergique, le muscle gastrique se laisse relâcher et, qu'entre les repas, le viscère reste ectasié par inertie musculaire. Pendant les repas, les gaz et les ingesta refoulent et distendent les parois qui manquent de résistance. D'autre part, la contraction musculaire se faisant lentement et sans énergie, le bol alimentaire passe très lentement dans l'intestin. Cependant, il est rare que la dilatation atonique, même très accentuée, s'accompagne de stase importante et presque tou-

jours, quand celle-ci existe, elle est passagère et cède facilement à un traitement approprié. Ce fait, dont on pourrait s'étonner, s'explique par ce que la contractilité du muscle n'est pas compromise et surtout parce que le sphincter pylorique étant, lui aussi, atteint d'inertie, les aliments trouvent une voie largement ouverte qu'ils traversent sans efforts. D'ailleurs il est possible et même probable que, dans le mécanisme de l'évacuation de l'estomac, l'intestin joue un rôle important : en effet, il semble résulter d'intéressantes expériences que les contractions péristaltiques de l'intestin et du duodénum produisent une sorte de mouvement d'aspiration qui aide au passage des aliments dans leur intérieur et dont on comprend l'importance toute particulière dans la dilatation atonique.

On conçoit toute l'importance de ces données pour le traitement. Nous aurons l'occasion d'y revenir.

Certains auteurs ont décrit des dilatations résultant d'*adhérences périgastriques*, fixant l'estomac dans une position vicieuse et immobilisant ses parois : en conséquence de cette immobilisation, les aliments séjourneraient trop longtemps et s'accumuleraient en trop grande quantité dans le viscère, qui, forcé par cette surcharge et cette stase, se laisserait dilater. Les dilatations de cette origine nous paraissent devoir être très rares. En les décrivant, on a confondu, il nous semble, la stase et la dilatation. Nous avons vu, pour notre part, que, lorsqu'il existe des adhérences périgastriques assez étendues, l'estomac, tout en étant immobilisé et atteint de rétention alimentaire,

loin d'être dilaté, était plutôt petit, ce qui s'explique si on réfléchit que le tissu induré qui entoure l'organe le rend inextensible et que, d'autre part, le pylore restant largement ouvert, le bol alimentaire passe facilement dans l'intestin par regorgement, sans faire effort sur les parois gastriques. Loin de considérer la dilatation comme fréquente dans les cas de ce genre, nous croyons que la présence simultanée d'une stase alimentaire importante et d'un estomac de dimensions moyennes ou petites, constitue une présomption très importante en faveur de l'existence d'adhérences périgastriques.

III. Symptômes. — Au point de vue clinique, les dilatations par insuffisance ont des allures très irrégulières. Beaucoup sont latentes (Bouchard). Ce qui domine leur histoire, c'est que les symptômes locaux s'effacent souvent devant les symptômes généraux qui accaparent l'attention du clinicien, et contre lesquels, d'ailleurs, doivent être dirigées les principales tentatives thérapeutiques. Nous étudierons successivement les symptômes locaux et les symptômes généraux.

Les *symptômes subjectifs* sont ceux de cette variété de dyspepsie bien connue sous les noms de *dyspepsie nerveuse, nervo-motrice* ou *asthénique*. Elle consiste essentiellement dans des sensations de pesanteur, de ballonnement ou de gêne épigastrique éclatant peu de temps, moins d'une heure et demie après le repas, et s'accompagnant quelquefois de refoulement du diaphragme avec dyspnée et palpitations de cœur. Il existe des éructations, des régurgitations, plus rarement des vomissements abondants. Ces phénomènes

sont très variables d'intensité, selon les sujets, tantôt violents, tantôt légers, d'allure changeante, d'un jour à l'autre chez un même individu. D'ailleurs leur intensité dépend bien plus de l'état général nerveux que de l'état local de l'estomac.

Au point de vue *des troubles objectifs*, on constate souvent une sensibilité très vive au niveau du creux de l'estomac, vers l'appendice xiphoïde, surtout sur la ligne médiane jusqu'à l'ombilic, et aussi le long des fausses côtes, de préférence à droite. Ces points répondent au plexus solaire et à ses irradiations vers la partie inférieure de l'abdomen. — La palpation de l'estomac, faite après le repas, montre que le clapotage est facilement obtenu, d'ordinaire accentué et qu'il se prolonge plus longtemps que d'habitude, de sept à huit heures après le repas. De plus, on constate que l'estomac est ectasié, augmenté de volume, qu'il atteint l'ombilic et souvent le déborde de plusieurs travers de doigt. — La percussion confirme les données de la palpation. De plus, si on insuffle l'organe à l'aide de poudres effervescentes, on voit que les limites de la percussion s'étendent beaucoup : l'estomac se laisse forcer facilement par la pression gazeuse. Il est plus rare, mais non pas exceptionnel que le pylore, insuffisant, laisse passer les gaz dans l'intestin et que l'on voie tout l'abdomen se gonfler d'une façon plus ou moins considérable. La percussion permet encore de constater, surtout chez les femmes, que l'estomac est ptosé, déplacé, situé en position verticale.

D'ailleurs l'*examen méthodique du ventre* fait très

souvent constater une ptose généralisée de tous les viscères abdominaux, surtout du rein droit et du gros intestin, plus exceptionnellement du foie, de la rate, de l'utérus. Cette ptose, qui joue un rôle important chez beaucoup de malades atteints de dyspepsie nervo-motrice, mérite de retenir l'attention du thérapeute.

Il arrive d'ordinaire que l'intestin fonctionne irrégulièrement. Le plus souvent, on observe de la constipation, compliquée ou non d'entérite muco-membraneuse; plus rarement, on observe des alternatives de diarrhée et de constipation, ou bien encore de la diarrhée chronique. Exceptionnellement, les selles sont régulières et normales.

L'*exploration de l'estomac par le tube gastrique* donne des résultats très variables. *A jeun*, même en cas de grande dilatation, l'estomac est le plus souvent vide. Cependant, parfois, mais rarement, il peut contenir quelques débris alimentaires en petite quantité qui cèdent d'ailleurs rapidement à un traitement approprié; en somme, on peut dire qu'en cas de dilatation atonique, l'estomac est rarement atteint de stase alimentaire. Les *liquides du repas d'épreuve* sont de composition tout à fait variable. Le plus souvent, on relève l'existence d'un chimisme légèrement insuffisant. Parfois, cette insuffisance est assez marquée, et peut même aller jusqu'à l'apepsie ou nullité du suc gastrique. Plus rarement, mais non exceptionnellement, on observe de l'hyperchlorhydrie, d'ordinaire à un taux modéré, mais quelquefois à un taux élevé. D'ailleurs, le chimisme gastrique n'offre

pas chez un même individu une fixité invariable. Il n'est pas même rare de voir les analyses faites à quelques mois d'intervalle accuser des écarts de chiffres assez considérables et suffisants pour faire passer un malade du groupe des hyperchlorhydriques à celui des hypochlorhydriques. C'est dire que le chimisme gastrique ne présente pas chez les malades de cette catégorie une importance bien grande, qu'elle a une valeur absolument secondaire. On peut remarquer, d'autre part, que les symptômes subjectifs, l'intensité de la dilatation, la marche de la maladie ne sont nullement subordonnés aux types chimiques.

Les *troubles généraux* sont fort variables. Parfois ils sont nuls. Mais le plus souvent ils sont fort importants et dominent les symptômes locaux. On peut, un peu schématiquement, il est vrai, en distinguer deux formes principales.

IV. Forme névropathique. — Les stigmates neurasthéniques consistent en céphalée en casque, lourdeur de tête avec ou sans vertige, clou à la nuque, plaque sacrée, fatigue du matin. On note aussi des névralgies en différents points, surtout au niveau des côtes inférieures, une sensation de froid général, et surtout de froid aux extrémités. Parfois même, on observe de grands syndromes, l'aérophagie, l'agoraphobie, des tics, des manies. Les forces sont en général déprimées avec ou sans alternatives d'excitation; il y a une paresse extrême, une inaptitude absolue à faire aucun effort physique.

Les phénomènes nerveux abondent : battements de

cœur, vertiges, bouffées de chaleur, dyspnée (crise d'asthme dyspeptique), migraines, etc. L'inaptitude cérébrale, l'impuissance au travail, la mélancolie, les idées de suicide ne sont pas très rares. En somme, on peut observer chez les dilatés par insuffisance toute la gamme des troubles nerveux.

Dans les formes légères et moyennes de la maladie, le *poids du corps* se maintient ou varie peu ; mais, parfois, l'amaigrissement est assez marqué pour faire penser à une affection organique grave, notamment à la tuberculose pulmonaire. Dans quelques cas, les malades, anorexiques, arrivent à un véritable état cachectique qui peut même faire craindre une issue fatale. Celle-ci, quoique très rare, n'est pas sans exemple.

La forme que nous venons de décrire est de beaucoup la plus fréquente.

V. Forme arthritique. — Dans un autre type, qu'on pourrait classer sous l'étiquette de forme arthritique, on observe un tableau un peu différent. Ce qui domine ici, ce sont les troubles que M. Bouchard a groupés sous le nom de troubles par ralentissement de la nutrition.

Les malades, dont la dilatation est d'ailleurs, d'ordinaire, assez peu prononcée, sont souvent des obèses, des pléthoriques. Ils présentent les attributs de la diathèse arthritique. Le foie est gros, dépassant le rebord des fausses côtes, souvent douloureux; l'intestin est paresseux, atonique; les hémorroïdes sont fréquentes. Le poumon est emphysémateux, atteint de catarrhe chronique et les poussées de bronchite

souvent répétées. Le cœur est gros, hypertrophié; les lésions de l'artériosclérose sont d'une grande fréquence. Il existe des signes d'insuffisance rénale. M. Bouchard a signalé la fréquence des dermatoses. Enfin, on relève l'existence, chez beaucoup de ces malades, de la goutte, du diabète, des coliques hépatiques et néphrétiques, etc.

Nous avons donné les deux principaux types cliniques qu'on trouve associés à la dilatation de l'estomac par insuffisance; mais ce ne sont pas les seuls. Le tableau morbide est infiniment varié et tellement changeant qu'il échappe à toute description d'ensemble.

Rappelons que M. Bouchard et son élève M. Le Gendre ont insisté sur la fréquence des maladies infectieuses, et en particulier de la tuberculose et de la fièvre typhoïde chez les dilatés. L'ectasie de l'estomac jouerait, à l'égard de ces maladies, le rôle de cause prédisposante.

Pour expliquer l'apparition des troubles généraux si fréquemment associés à la dilatation par insuffisance, il existe plusieurs théories dont les deux principales sont les suivantes :

La doctrine de l'auto-intoxication, soutenue par M. Bouchard et ses élèves, admet que, dans l'estomac dilaté, les aliments étant mal brassés et évacués tardivement, la digestion se ferait d'une façon incomplète et anormale, et donnerait naissance à une série de produits toxiques. Ceux-ci, résorbés au niveau de l'intestin, amèneraient un véritable empoisonnement de l'organisme. Malheureusement, cette doctrine est

restée jusqu'ici dans le domaine de la théorie : aucune preuve expérimentale n'en a été donnée.

Contre cette théorie, Charcot a encore fait remarquer que, dans les grandes dilatations résultant d'une obstruction pylorique par ulcère ou cancer, là où, précisément, les fermentations sont les plus intenses, les prétendus phénomènes d'intoxication manquent presque complètement.

Il nous semble plus rationnel et plus conforme aux faits cliniques de se rallier à la *deuxième théorie* édifiée par les observations de G. Sée et Mathieu, de Charcot, de Debove, etc., qui admet que la dilatation de l'estomac n'est pas la cause des troubles névropathiques et des manifestations arthritiques qui lui sont si souvent associés. Ceux-ci se rencontrent très fréquemment sans celle-là. Leur association, pour si fréquente qu'elle soit, est contingente, mais nullement nécessaire. Pour en expliquer la fréquence, on admet que troubles généraux et dilatation sont tous subordonnés à une même cause qui réside dans un vice de fonctionnement du système nerveux.

Il est certain, d'ailleurs, comme l'avait admis Beau, et comme le professe encore M. Hayem, que les troubles digestifs, en entravant la nutrition, affaiblissent l'organisme et en particulier le système nerveux, et favorisent ainsi l'éclosion de ses manifestations morbides.

IV. — TRAITEMENT

Nous avons suffisamment insisté sur les différences profondes qui séparent entre eux les divers types de dilatations pour qu'il soit facile de comprendre qu'une même méthode de traitement ne saurait leur convenir à tous. Aussi, aurons-nous soin de décrire dans des paragraphes distincts la thérapeutique qui doit être appliquée à chacun d'eux.

Cependant, pour éviter les redites, nous commencerons par faire l'exposé d'un certain nombre de prescriptions, ayant trait surtout à l'hygiène et au régime alimentaire, et qui conviennent à toutes les variétés de dilatations, comme d'ailleurs à toutes les variétés de gastropathies.

I. ***Repos***. — L'estomac est peut-être, de tous les organes de l'économie, celui qui est le plus sensible et qui réagit le plus à toutes les influences nerveuses, locales ou générales. Il n'est pas douteux que celles-ci jouent un rôle des plus importants, non seulement dans les affections purement fonctionnelles, mais aussi dans les maladies organiques les mieux caractérisées, comme le cancer et surtout l'ulcère. Aussi, le médecin doit-il s'appliquer, de toutes les façons possibles, à diminuer l'excitabilité générale du système nerveux, et l'irritation locale de l'estomac.

Pour remplir la première indication, il importe avant tout, de prescrire *le repos*

1° **Repos physique.** — Selon la variété de la maladie, l'intensité des symptômes, la violence des réactions, l'état nerveux général, l'irritabilité de chaque sujet, la durée de la maladie, etc., on ordonnera un traitement plus ou moins sévère. Dans les formes graves et prolongées, lorsque les symptômes locaux sont accusés, et surtout quand l'état général est sérieusement atteint, on doit exiger le repos complet au lit pendant plusieurs jours. Cette prescription suffit souvent à produire une notable sédation chez des malades qui ne pouvaient être soulagés par aucun autre moyen hygiénique ou thérapeutique. Il est très important que le repos au lit soit prolongé plusieurs jours après la sédation des principaux phénomènes qui, pendant quelque temps, ont une tendance à se montrer de nouveau.

2° **Repos moral.** — Le repos physique doit être accompagné du *repos moral*. Il ne faut pas laisser les malades travailler au lit, soit manuellement, soit de tête. Il faut leur éviter des visites trop nombreuses, des conversations trop suivies, les émotions et les préoccupations morales de toutes sortes.

Ces prescriptions peuvent être suivies à domicile dans un grand nombre de cas. Avec un peu de vigilance et d'autorité, le médecin réussit le plus souvent à obtenir des malades et de leur entourage la stricte observation de ce qu'il ordonne. Mais, trop souvent, il se heurte à des difficultés sans nombre, à l'indocilité des malades, à leur scepticisme, aux tentations perpétuelles qu'ils rencontrent dans le monde, à leur optimisme dès qu'une légère amélioration s'est pro-

duite, enfin encore et surtout à la faiblesse et aux mauvais conseils de leur entourage. Dans ces cas, il ne faut pas hésiter à exiger l'*isolement* dans un établissement spécial. Cette mesure radicale est souvent du plus heureux effet, et bien des malades en obtiennent un tel soulagement qu'eux-mêmes demandent à prolonger pendant longtemps leur séjour loin des soucis et des fatigues de leur existence habituelle.

Dans des cas moins sévères, il n'est pas utile d'adopter des mesures aussi rigoureuses. On conseillera seulement la prolongation des heures de repos au lit, entre onze et quinze heures, en recommandant d'éviter le reste du temps des occupations corporelles ou spirituelles trop fatigantes, la station debout ou la marche trop prolongée, les conversations trop longues et les discussions trop vives.

Enfin, dans bien des cas légers, il suffira de soustraire les malades à leur milieu habituel et à leurs occupations ordinaires, en prescrivant des vacances, des congés plus ou moins prolongés; ou simplement encore en conseillant une vie calme, sans surmenage.

Ainsi compris, le repos est chez tous les dilatés, comme chez tous les gastropathes en général, un moyen héroïque. Il ne faut pas considérer cette mesure d'hygiène comme un moyen accessoire dont il est bon d'user, mais dont on peut se passer. Nous n'hésitons pas à affirmer que c'est le moyen le plus important dont nous disposions et que, dans nombre de cas, il est bien supérieur à tous les autres. Il

arrive bien souvent de voir des malades chez qui tous les traitements médicamenteux ou hygiéniques ont échoué et qu'on arrive à soulager et à guérir par une cure de repos. Réciproquement, tous les dilatés, à quelque classe sociale qu'ils appartiennent, voient fatalement leurs souffrances s'accroître et leur état général devenir plus mauvais sous l'influence de fatigues plus grandes et de préoccupations plus vives.

II. ***Régime alimentaire***. — De même que le repos général diminue dans une forte mesure l'excitabilité générale du système nerveux, un régime alimentaire bien compris est indispensable pour obtenir la sédation des douleurs et des autres phénomènes gastriques. En cas de crise gastrique ou bien quand les douleurs sont très vives et surtout quand il existe des vomissements fréquemment répétés, il est souvent bon de prescrire la *diète absolue* pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, parfois même trois jours. La sensation de faim ne se fait pas d'ordinaire trop vivement sentir, mais la soif est assez vive.

Pour y porter remède, il suffit de faire soit des injections de sérum artificiel (250 à 500 c.c.), soit des lavements d'eau salée à 7 p. 100 (deux lavements de 250 c.c.), qu'on prescrira au malade de conserver. Nous ordonnons aussi des infusions de thé, de camomille, de tilleul. Nous ne sommes pas partisan des lavements nutritifs. Ils sont d'ordinaire mal tolérés; les malades bien souvent ne peuvent les garder plus de cinq à dix minutes ; dans un grand nombre de cas, ils provoquent des coliques et de la diarrhée. De plus, leur effet nutritif est problématique, si l'on en

croit les expériences cliniques précises faites par différents auteurs. Pour notre part, après les avoir employés avec insistance, sur la foi des auteurs, nous y avons tout à fait renoncé.

Il n'est pas toujours nécessaire de prescrire l'abstention complète de toute alimentation buccale. Dans les cas moins sérieux, ou après une première période de jeûne, on prescrit le *régime lacté*. Selon les circonstances, on donnera le lait en petite quantité (un demi-litre ou un litre, par cuillerées à bouche ou tasses à café), ou en plus grande quantité (deux à quatre litres par grands verres). Le lait est parfois mal supporté, il donne de la constipation ou de la diarrhée, etc.; il suffit parfois de l'aromatiser avec du café, du thé, de l'eau de fleurs d'oranger, du kirsch pour le faire accepter. L'eau de chaux, à la dose d'une cuillerée à bouche par verre de lait, en facilite aussi la digestion.

Lorsque les phénomènes gastriques sont amendés, on peut permettre l'adjonction au lait de farines alimentaires de toutes sortes, de pâtes, ou encore des purées de légumes claires sans beurre. Plus tard, on permettra des œufs crus battus dans du lait ou du bouillon, des crèmes de diverses natures, des glaces d'ordinaire bien supportées.

La viande crue hachée ou pulpée, ou la poudre de viande ne sont prescrites que si les aliments précédents sont bien tolérés et digérés. On en donnera d'abord une petite quantité, puis on augmentera si besoin est.

Enfin, si les troubles gastriques ne sont pas très prononcés, et que la dyspepsie soit légère, on se con-

tentera d'ordonner le *régime d'exclusion* qui consiste à proscrire de l'alimentation tous les mets grossiers et irritants. Les malades devront s'abstenir d'abord de tous les aliments grossièrement divisés, ou laissant des résidus trop abondants. En règle générale, il faudra donner des aliments nourrissants sous un volume réduit. Les viandes ne seront pas trop cuites, les œufs seront mollets, les légumes secs ou verts, toujours réduits en purée, les fruits, cuits ou en compote passée. Les fruits crus sont défendus. Tous les aliments épicés, vinaigrés, les hors-d'œuvre, les condiments, les sauces grasses, les ragoûts, le beurre en trop grande quantité, les poissons gras, les fritures, les aliments fermentés tels que charcuterie, gibier et fromages seront soigneusement évités.

En ce qui regarde les *boissons*, il est bon d'interdire le vin, la bière, le cidre, tous les alcools et spiritueux. La meilleure boisson de table est l'eau pure ; nous conseillons souvent d'y ajouter le suc d'un demi-citron par verre de liquide. Les boissons chaudes sont aussi très utiles, le thé léger, le tilleul, la feuille d'oranger, la camomille, etc. Le lait pur ou coupé d'eau est aussi une excellente boisson.

Nous ne donnons ici que les prescriptions concernant la qualité des aliments, réservant pour chaque cas particulier ce qui a trait aux prescriptions quantitatives.

III. ***Révulsion***. — Une autre méthode thérapeutique paraît convenir à tous les types de dilatations de l'estomac, c'est la révulsion sur la région épigastrique. On a conseillé, pour ce faire, des moyens de toute

sorte, des pointes de feu, des vésicatoires volants, des cataplasmes sinapisés, des emplâtres et d'autres révulsifs plus ou moins violents. Nous ne connaissons pas de meilleur moyen que la compresse humide, tantôt chaude, tantôt froide, selon le tempérament et les aptitudes de chaque individu. La compresse froide, dite compresse de Priessnitz, consiste en un simple mouchoir plié en quatre et trempé dans l'eau froide. On l'applique sur le creux épigastrique et on le recouvre de taffetas gommé. On maintient le tout à l'aide d'un bandage de flanelle. L'impression de froid une fois passée, la compresse humide détermine une sensation de chaleur.

Quelques malades ne supportant pas le froid et ne pouvant réagir, on peut leur conseiller une compresse chaude. Pour maintenir cette chaleur, Winternitz conseille de placer au-dessus de la compresse un serpentin dans lequel on fait circuler de l'eau à 40°. Tout récemment, M. Larat a présenté à la Société de Thérapeutique un petit appareil, le « thermoplasme électrique », qui utilise l'électricité pour chauffer une compresse souple. Il se compose d'une compresse chauffante, formée par des plaquettes de mica reliées entre elles par un fil souple et contenues dans une enveloppe d'amiante, recouverte elle-même d'un sachet de molleton. La compresse ainsi constituée affecte une forme rectangulaire. Elle est reliée par un fil souple à un régulateur thermique. Cet appareil peut être employé soit isolément (chaleur sèche), soit avec une compresse humide qu'il maintient indéfiniment à une température constante.

1. — TRAITEMENT SPÉCIAL DES DILATATIONS D'ORIGINE PYLORIQUE.

Le traitement peut être médical ou chirurgical.

I. Traitement médical. — Le traitement médical doit être d'abord conseillé dans tous les types de la maladie. Il donne souvent, même dans les cas les plus sévères, des améliorations remarquables.

Nous savons que chez tous les malades de cette catégorie, les accidents n'évoluent pas régulièrement, avec uniformité : il y a, chez eux, si nous pouvons nous exprimer de la sorte, des hauts et des bas ; il existe des périodes d'exacerbation séparées par des périodes de rémission. Ces crises, plus ou moins longues et intenses, sont en grande partie sous la dépendance de l'irritation locale de l'estomac, mais sont souvent très influencées aussi par l'excitabilité du système nerveux général. Il faut s'appliquer, pour éloigner les crises, à soigner l'un et l'autre de ces deux éléments morbides.

Repos. — Toutes les indications du traitement local peuvent se résumer dans la formule suivante : il faut assurer le repos de l'estomac.

Régime alimentaire. — L'institution d'un régime alimentaire convenable est d'une importance capitale. Nous avons exposé plus haut en détail les règles à suivre à ce point de vue. Elles sont de tous points applicables à cette catégorie de malades. Selon la gravité des symptômes, on appliquera telle ou telle des prescriptions diététiques que nous avons énumérées.

Révulsion. — La révulsion au niveau du creux de l'estomac, à l'aide des différentes méthodes que nous avons signalées, et surtout par la compresse échauffante de Priessnitz, mérite aussi d'être fortement recommandée.

Traitement médicamenteux. — Le traitement médicamenteux doit aussi avoir pour but de calmer toutes les causes d'irritation de l'estomac. Nous savons que l'*hyperacidité* du suc gastrique est la règle, qu'elle soit due à des acides de fermentation ou à de l'acide chlorhydrique en excès.

Alcalins. — Il est donc tout à fait indiqué de donner des *alcalins* pour saturer les acides du contenu gastrique. La méthode classique qui consiste à donner des alcalins quelques heures après les repas lorsque les malades commencent à ressentir des douleurs, ne nous semble pas bonne pour tous les malades : elle suffit en cas d'hyperchlorhydrie simple, mais elle donne des résultats incomplets dans les cas de stase gastrique et de gastrosuccorrhée. Aussi en règle générale, nous préférons de beaucoup donner les alcalins de la façon suivante. Nous, prescrivons le mélange :

Bicarbonate de soude.............	āā 50 centigr.
Craie préparée....................	
Sous-nitrate de bismuth..........	
Magnésie calcinée..................	25 centigr.

pour un cachet.

Les malades, selon l'intensité des phénomènes subjectifs, selon le type de la maladie, selon le taux de l'hyperacidité et de l'hypersécrétion de leur suc

gastrique, prennent toutes les deux heures, toutes les trois heures, ou toutes les quatre heures un de ces cachets. On réussit à obtenir ainsi, dans presque tous les cas, une sédation de tous les phénomènes subjectifs et une amélioration très rapide et très marquée de l'état général. Le poids augmente aussi, et il n'est pas rare de voir engraisser les malades de trois ou quatre kilog. dans le premier mois du traitement. On assiste à une véritable résurrection. Ces heureux effets s'observent dans un très grand nombre de cas. Nous répétons qu'ils se produisent très rapidement. S'ils se font trop attendre, il est probable qu'ils ne se produiront pas et que, pour obtenir la sédation des accidents, il faudra recourir à l'intervention chirurgicale.

Pour ce qui est des modifications dans la sécrétion du suc gastrique, voici, très brièvement exposés, les résultats que l'on obtient. L'hypersécrétion diminue, plus ou moins, jusqu'à disparaître complètement : les résidus alimentaires sont moins abondants, dans les cas de stase, et surtout le liquide qui les baigne est moins abondant et moins acide ; en cas de gastrosuccorrhée simple, le liquide diminue toujours de quantité et quelquefois même disparaît tout à fait. Pratiqué à jeun, le cathétérisme, qui ramenait de 50 à 250 centimètres cubes et plus de liquide gastrique, reste quelquefois négatif et souvent ne ramène qu'un peu de liquide peu acide.

Mais, chose curieuse, le liquide du repas d'épreuve ne se modifie guère, ni comme quantité, ni comme qualité. L'hypersécrétion et l'hyperchlorhydrie diges-

tives restent à peu près au même taux, sans que, d'ailleurs, il en résulte d'inconvénients pour le malade.

Quant à la dilatation d'estomac, elle diminue presque toujours de volume. Elle peut même, dans les cas légers, disparaître tout à fait.

Nous avons insisté à dessein sur les bienfaits très remarquables qu'on obtient de la médication alcaline d'abord pour en recommander très chaudement l'emploi aux praticiens, ensuite en raison des attaques injustifiées, à notre avis, dont elle a été l'objet.

C'est une médication impossible à remplacer, et dont les inconvénients sont nuls, si nous nous en rapportons à notre expérience personnelle. En effet, soit en ville, soit à l'hôpital, nous avons soigné plusieurs centaines de malades atteints de dilatations d'origine pylorique par les alcalins à haute dose et continués pendant des semaines et des mois, et nous n'en avons constaté que d'heureux effets.

Quant aux prétendus inconvénients attribués à l'abus de ces substances, nous sommes encore à en rechercher des observations nettes. Nous avons bien noté chez quelques malades un peu de diarrhée ou une soif un peu vive. Mais ces accidents légers n'ont pas eu de suite, et les malades qui les ont présentés ont bénéficié comme les autres d'une amélioration surprenante. La cachexie alcaline, qu'à la suite de Trousseau, on cite trop souvent, ne se montre jamais chez les malades dont nous nous occupons ici.

Que dire des eaux alcalines et notamment des eaux de Vichy, de Vals, de Pougues? Peuvent-elles

remplacer les alcalins en nature? Leur sont-elles même préférables? Quelques auteurs les condamnent; et d'autres leur accordent une grande confiance. Nous croyons, quant à nous, que leur emploi peut être utile, mais à la condition de le régler judicieusement. Contre leur emploi, on peut alléguer leur faible minéralisation et la nécessité, pour donner des doses suffisantes d'alcalins, de faire boire aux malades une trop grande quantité de liquide. D'autre part, on sait que les alcalins donnés à doses faibles excitent plutôt la sécrétion qu'ils ne la diminuent. Ce sont là les deux arguments les plus sérieux contre les eaux minérales alcalines. On doit, croyons-nous, admettre en dernière analyse que ces eaux peuvent être employées avantageusement comme eaux de table, qu'elles doivent être employées en même temps que les cachets alcalins, mais qu'elles ne peuvent pas les remplacer. Quant aux cures minérales faites aux stations d'origine, nous n'en sommes que très rarement partisan, et dans des cas spéciaux.

Bismuth. — Quelques auteurs préfèrent à l'emploi des alcalins, qu'ils craignent, l'emploi du sous-nitrate de bismuth à haute dose sous forme de *lait de bismuth*. Cette médication, préconisée par Fleiner, et qui a rencontré en France nombre de partisans, consiste à faire prendre aux malades, soit par la bouche, soit par la sonde, 15 ou 20 grammes, *pro die*, de sous-nitrate de bismuth, délayés dans 250 grammes d'eau et en deux ou trois fois par jour. Les malades prennent cette potion au lit et se couchent dans différentes positions, afin de laisser déposer la poudre

de bismuth sur la paroi interne de l'estomac de sorte qu'elle y forme une couche isolante, qui empêche l'action irritante et caustique du suc gastrique. De plus, d'après Fleiner, elle favoriserait la sécrétion de mucus qui agirait dans le même sens. Nous avons souvent employé, pour notre part, le lait de bismuth ; sans en nier les bons effets, nous croyons son action inférieure à celle des alcalins donnés à haute dose.

Sulfate de soude. — Quelques auteurs, et notamment M. Glénard, attribuent au sulfate de soude une action d'arrêt sur la sécrétion chlorhydrique. M. Hayem et ses élèves préfèrent, à l'exemple des auteurs allemands, la cure par l'eau de Carlsbad (source Muhlbrunnen). On peut envoyer les malades à Carlsbad, mais on obtient aussi de bons résultats en faisant faire une cure à domicile. L'eau de Carlsbad ou le sel de Carlsbad peuvent être employés en nature. M. Hayem prescrit une solution artificielle :

Eau distillée	1 litre.
Sulfate de soude	2gr,50 à 3 gr.
Bicarbonate de soude	2 grammes.
Chlorure de sodium	1 gramme.

On prescrit 250 grammes de cette solution d'abord, puis on augmente de 50 grammes par jour jusqu'à atteindre 500 grammes. L'eau est prise le matin, à jeun, en trois fois, par portions égales, à vingt minutes d'intervalle. Faire tiédir à 40°. Durée de la cure : vingt-cinq à trente jours.

L'effet de ce traitement serait de diminuer l'hypersécrétion et l'irritation gastriques, mais l'eau de Carlsbad n'agit guère sur le taux de l'acidité.

M. Hayem prescrit encore l'eau de Vichy (Célestins) tiédie au bain-marie et additionnée de 4 à 6 grammes de sulfate de soude. On donne un verre d'eau tous les matins pendant un mois. On peut aussi employer l'eau de Santenay, celles de Châtel-Guyon et de Saint-Nectaire.

Nous donnons volontiers aux hyperchlorhydriques cette cure. Mais c'est à titre de médication adjuvante, et surtout dans le but de combattre la constipation, que nous considérons comme favorisant la contracture du pylore par action réflexe. Elle ne peut remplacer, pour nous, la cure par les alcalins. Nous prescrivons souvent chez les malades la formule suivante :

Phosphate de soude..................	5	grammes.
Bicarbonate de soude...............	4	—
Sulfate de soude.....................	3	—

pour un paquet, à dissoudre dans une bouteille d'eau d'Évian ; boire un grand verre de cette solution le matin à jeun. Son effet laxatif, malgré sa faible minéralisation, est très efficace chez les hyperchlorhydriques. Nous en prescrivons l'usage pendant environ dix jours par mois.

Huile d'olives. — Nous devons encore dire un mot de l'usage de l'*huile d'olives*, à la dose d'une ou deux cuillerées à bouche, à la fin de chaque repas, préconisée par les Allemands et notamment par Strauss et P. Cohnheim, d'abord dans le but de diminuer l'hypersécrétion et l'hyperacidité, puis dans le but de lubréfier le pylore. Nous l'avons employée avec insis-

tance et nous avouons que les résultats obtenus sont insuffisants pour passer outre à la répugnance des malades. Actuellement nous y avons complètement renoncé.

Antiseptiques. — Il arrive, dans quelques cas, surtout lorsqu'il existe une stagnation alimentaire très prononcée, que les malades se plaignent d'odeurs fades dans la bouche, de l'émission de gaz nidoreux, et d'aigreurs ayant le goût de matières gâtées. Ces symptômes de fermentation sont d'ordinaire assez bien calmés par l'usage de quelques *substances antiseptiques* : l'acide salicylique et ses sels sont à conseiller; nous prescrivons souvent le charbon végétal, ou des cachets ainsi composés :

Bétol............................	āā 50 centigr.
Salicylate de magnésie...........	

Trois cachets par jour.

Lavage d'estomac. — On abuse un peu *du lavage d'estomac* dans les dilatations par lésions pyloriques. Théoriquement, il semble très rationnel de débarrasser l'estomac des produits irritants qui l'encombrent, et cela le plus souvent possible. Dans la pratique, cependant, l'usage quotidien des lavages donne de mauvais résultats. D'abord le passage de la sonde est irritant : il provoque le péristaltisme stomacal et intestinal, et il excite la sécrétion gastrique. Les lavages ont encore l'inconvénient de soustraire à l'organisme une grande quantité de chlorures et souvent une grande quantité d'eau. Il en résulte des accidents sérieux, un grand affaiblissement, une soif

vive, une exagération de l'amaigrissement, parfois des accidents plus graves, l'urémie et surtout la tétanie liées probablement à une véritable intoxication par insuffisance du lavage du sang et de la dépuration urinaire.

Voici la pratique que nous conseillons à cet égard.

En cas de grande dilatation avec stase, faire un lavage tous les deux jours, le matin à jeun, sans chercher à nettoyer complètement l'estomac, ce qui fatigue beaucoup les malades et les affaiblit. On leur évite ainsi les douleurs, les vomissements, les régurgitations qui résultent de la réplétion trop grande de leur estomac. Pour parer aux inconvénients du lavage, nous avons l'habitude de faire une injection de sérum artificiel de 250 centimètres cubes, et un lavement médicamenteux biquotidien de 200 grammes de ce même sérum. On rend ainsi à l'organisme l'eau et les chlorures que le lavage lui a soustraits.

Lorsqu'il n'existe pas de stase, mais simplement de la gastrosuccorrhée, nous nous contentons de prescrire un ou deux cathétérismes par semaine. Il vaut mieux, comme l'a bien fait observer M. Mathieu, se contenter de faire un cathétérisme sans lavage consécutif de l'estomac. Nous partageons absolument cette manière de voir, et même, dans beaucoup de cas, nous nous dispensons de passer la sonde à nos malades gastrosuccorrhéiques. Chez les hyperchlorhydriques simples, nous nous gardons absolument de toute intervention.

M. Mathieu conseille, chez les gastrosuccorrhéiques,

de faire suivre le cathétérisme évacuateur, de l'introduction par la sonde d'une certaine quantité de poudre de viande. Nous avons souvent employé cette méthode avec succès chez les malades amaigris et cachectisés.

Massage. Électrisation. — Nous mentionnons, seulement pour les repousser, le massage et l'électrisation qui donnent de très mauvais résultats chez tous les malades de cette catégorie.

L'état de l'intestin doit être surveillé avec soin. On doit cependant éviter l'usage trop répété des *purgatifs*. En tout cas, il ne faut prescrire que les purgatifs doux et surtout le sulfate de soude, et l'huile de ricin. L'emploi des *lavements* et surtout des *grands lavages* d'intestin avec un litre à un litre et demi d'eau bouillie tiède est préférable et donne de meilleurs résultats.

Traitement général. — Les moyens locaux que nous venons d'énumérer sont, le plus souvent, suffisants pour amener la sédation des symptômes dyspeptiques. Mais parfois, il faut compter avec un état d'excitabilité du système nerveux qui joue un rôle important dans la reproduction et la prolongation des crises. On peut employer dans ces cas toute la série des médicaments nervins. Mais nous nous contentons, le plus souvent, de prescrire le bromure de calcium à la dose de 2 ou 3 grammes par jour que nous formulons en solution. Nous donnons aussi la codéine, ou la dionine que nous associons aux alcalins, de façon à en administrer environ 5 à 6 centigrammes par jour.

Le repos est un excellent sédatif du système ner-

veux. On se reportera à ce que nous en avons dit plus haut.

Hydrothérapie. — Enfin l'*hydrothérapie*, de préférence l'*hydrothérapie tiède*, rend souvent de grands services. Nous nous sommes bien trouvé de l'usage des bains chauds prolongés à 37 ou 38° tous les jours ou tous les deux jours.

Les différents traitements que nous venons d'exposer sont particulièrement appliquables aux périodes de crises. Il est très utile d'en prolonger l'emploi longtemps après la disparition des phénomènes dyspeptiques, qui, si l'on cesse trop tôt, ont vite reparu.

A distance des crises, il sera bon de maintenir une hygiène alimentaire sévère, et d'éviter toute excitation cérébrale et tout surmenage physique, facteurs très importants des exacerbations.

II. Traitement chirurgical. — Lorsque le traitement médical donne des résultats insuffisants, il faut sans hésitation, et *dans toutes les formes de dilatation d'origine pylorique*, recourir au traitement chirurgical. Voyons les différents cas qui peuvent se présenter.

Chez les grands dilatés par rétrécissement organique fibreux ou néoplasique du pylore, on obtient assez rapidement une atténuation des symptômes ; mais la guérison reste toujours incomplète. Les troubles locaux : douleurs, vomissements, aigreurs, renvois fétides, s'atténuent ; l'appétit reparaît quelque peu. Mais l'état général reste défectueux et bien rarement les forces reviennent, et on constate une augmentation de poids. Cette différence dans l'évo-

lution des symptômes locaux et généraux tient à ce fait que, si les causes d'irritation locale de l'estomac ont en partie disparu, l'obstacle anatomique siégeant au niveau du pylore persiste, et que, les aliments ne trouvant pas un passage plus facile dans l'intestin, les conséquences de l'inanition persistent. Chez ces malades, il n'y a pas à hésiter. Il faut opérer vite : le plus tôt possible est le mieux. Les contre-indications sont beaucoup moins fréquentes qu'on ne le croit, car on voit souvent chez des cachectiques se faire de véritables résurrections. Les seules contre-indications sont une extrême faiblesse du malade, des pertes de sang (hématémèses et melænas) très abondantes et répétées. Dans ces cas, il faut temporiser, chercher d'abord à obtenir la cessation des hémorragies, remonter les malades par des injections de sérum artificiel et des lavements alimentaires et intervenir dès qu'ils semblent avoir les forces suffisantes pour subir le choc opératoire. Enfin, lorsqu'il existe des troubles cardiaques ou pulmonaires, de l'albumine et des phénomènes de néphrite, en un mot des troubles indiquant des altérations graves des divers organes, il y a lieu de craindre encore que les malades ne résistent pas à l'opération.

Lorsque la sténose pylorique est incomplète et que les symptômes sont dus, moins à la lésion anatomique qui touche le pylore qu'à la contracture secondaire qu'elle provoque, ou bien encore *quand le spasme pylorique est seul en cause*, les résultats fournis par le traitement médical sont beaucoup plus décisifs.

En très peu de temps, on voit l'amélioration se produire. Les douleurs s'atténuent jusqu'à disparaître, les vomissements cessent, la dilatation rétrograde. En quelques jours, huit ou dix jours environ, les malades sont presque revenus à la santé. Parallèlement, les forces reviennent; le poids augmente souvent dans des proportions considérables. Il est bon de continuer le traitement longtemps après la cessation des accidents, un mois environ.

Cette amélioration, équivalant à la guérison, est très fréquente, mais elle n'est malheureusement pas constante. Quelques individus n'obtiennent aucun bien-être, d'autres ne sont soulagés qu'incomplètement. Beaucoup sont indociles et déclarent ne pouvoir longtemps suivre le régime imposé; et, à chaque excès alimentaire, ils sont repris de nouvelles crises. Parfois il arrive que les accès douloureux s'améliorent vite et complètement; sous l'influence du régime et du repos, tout semble rentrer dans l'ordre et la guérison paraît absolue; mais dès qu'une alimentation moins sévère est tentée, ou dès que les occupations spirituelles ou corporelles sont reprises, les accidents reparaissent.

Chez tous ces malades, il faut conseiller au plus vite une opération. Lorsque le traitement médical a été continué avec persévérance un ou deux mois sans résultat net, sans amélioration très appréciable, rien ne sert de prolonger l'expérience : l'intervention chirurgicale s'impose. Seule, elle peut mettre un terme à leurs douleurs et les ramener à la santé. Nous avons depuis plusieurs années recueilli quantité

d'observations qui nous ont montré les excellents résultats qu'on peut ainsi obtenir et que nous allons résumer dans un instant.

Il nous reste à nous occuper d'une dernière catégorie de malades. *Ceux-ci, tout en étant soulagés complètement pendant un certain temps, ont de temps en temps, et pour ainsi dire périodiquement, quelles que soient les précautions prises, des rechutes.* Quelques-unes de celles-ci sont assez peu sérieuses, mais d'autres sont graves; elles peuvent se compliquer d'hémorragies plus ou moins abondantes; il n'est même pas très rare d'observer des perforations soit éclatant à grand fracas, soit évoluant à petit bruit et entraînant fatalement la mort des malades. Hémorragies et perforations se combinent souvent.

Chez certains individus, ces crises se reproduisent rarement. Il peut s'écouler six mois, une année ou plusieurs années entre elles. Quoique pouvant être surpris par une complication grave, ils ont, à la rigueur, une situation tolérable, à la condition de suivre un régime alimentaire sévère, de ménager leurs forces, de ne pas se livrer à des occupations trop fatigantes. L'opération dans ces cas ne paraît pas indispensable, quoiqu'elle donne des résultats estimables en ce sens qu'elle permet une vie plus active et une hygiène alimentaire bien moins sévère.

Mais il arrive trop souvent que les crises éclatent avec fréquence, qu'à mesure que la maladie devient plus ancienne, les crises sont plus fortes et plus rapprochées, les rémissions plus courtes et moins complètes. Même à un certain moment, les crises

devenant subintrantes, les douleurs avec ou sans vomissements sont incessantes. Chez les malades ainsi atteints, l'intervention sanglante est seule indiquée : elle seule peut soulager. Les résultats qu'on en obtient sont d'ailleurs tout aussi complets que dans les formes précédentes.

En résumé, le traitement chirurgical nous paraît indiqué dans toutes les formes de dilatation d'origine pylorique, chaque fois que le traitement médical que nous avons indiqué a été appliqué méthodiquement avec persévérance et a procuré aux malades des résultats insuffisants.

Un grand nombre d'opérations ont été proposées pour le traitement des dilatations liées à une sténose pylorique. Nous ne ferons que citer pour mémoire la *divulsion digitale du pylore et la pyloroplastie*. Les résultats qu'on en obtient sont insuffisants : la reprise des accidents après les opérations s'observe fréquemment.

Les deux méthodes chirurgicales qui seules paraissent devoir être conservées sont : la *gastro-entérostomie* et la *pylorectomie*.

La *gastro-entérostomie* est indiquée dans tous les cas de *sténose bénigne du pylore d'origine extrinsèque ou intrinsèque*.

Elle convient aux ulcères fibreux sténosants, à toutes les variétés d'ulcère du pylore ou de lésions pyloriques intra ou extra-stomacales qui s'accompagnent du syndrome pylorique, probablement en provoquant le spasme ou la contracture du sphincter. Les bons effets de cette opération peuvent s'expliquer

de la façon suivante : le passage des aliments par le pylore irrite les lésions situées au niveau de cet orifice et en provoquent le spasme et la contracture. La couche musculaire de l'estomac, pour chasser son contenu, se contracte fortement. Il en résulte une crampe qui s'accuse par de la douleur, et si l'obstacle n'est pas vaincu, par des vomissements. La gastro-entérostomie créant au contenu stomacal une voie de dérivation, permet à l'estomac de se vider, même si le pylore se contracture encore. Il est possible, il est même probable que le pylore livre encore passage aux aliments, mais il n'est pas la seule voie ouverte et s'il oppose de la résistance, les aliments peuvent néanmoins passer dans l'intestin.

On peut résumer de la façon suivante les résultats de la gastro-entérostomie.

Les troubles fonctionnels disparaissent : les douleurs, les vomissements, les aigreurs cessent. Parfois, il existe pendant un certain temps une légère sensation de pesanteur qui ne persiste jamais bien longtemps. L'appétit renaît. Les selles se régularisent. L'état général s'améliore aussi considérablement et très rapidement. Les forces renaissent, le poids du corps augmente dans des proportions considérables. L'anémie disparaît.

La dilatation se modifie dans des proportions très variables. Lorsqu'elle est de peu d'importance, elle disparaît tout à fait. Lorsqu'elle est considérable et surtout lorsqu'elle est de longue date, l'estomac revient bien un peu sur lui-même après l'opération, mais souvent cette réduction de volume est de peu

d'importance et en tous cas il faut un certain temps pour qu'elle soit appréciable. On dirait que les parois gastriques ont été forcées et qu'elles ne peuvent plus se rétracter sur elles-mêmes.

La stase s'atténue toujours, mais elle ne disparaît que lentement. Presque toujours, pendant les premiers mois, la sonde ramène des débris alimentaires mêlés de liquide bilieux. Cependant, avec le temps, la stase tend à s'atténuer, et finit par disparaître dans certains cas.

La sécrétion gastrique est heureusement modifiée, mais d'une façon très inégale. Les liquides de stase, mêlés ou non de résidus alimentaires, sont d'ordinaire bien moins acides. Les liquides du repas d'épreuve tantôt présentent la même composition qu'avant l'opération, tantôt sont d'une acidité bien moins élevée. Il est difficile de donner de ces différences une explication satisfaisante. Évidemment l'état des glandes gastriques joue un grand rôle. Mais ne peut-on pas aussi faire intervenir le retour de la bile dans l'estomac. On sait que ce reflux de la sécrétion pancréatique et biliaire dans l'estomac est extrêmement fréquent. Mais la quantité de liquide qui envahit l'estomac est variable; tandis que, dans certains cas, le contenu gastrique est vert purée de pois, dans d'autres, il est simplement teinté. Or nous avons souvent remarqué, dans nos analyses, que les liquides du repas d'épreuve étaient d'autant plus hypochlorhydriques qu'ils étaient plus fortement colorés par la bile.

On sait que certains auteurs considèrent le retour

des liquides duodénaux dans l'estomac comme troublant la digestion stomacale et constituant une condition défavorable. Il a même été proposé un certain nombre de méthodes opératoires pour éviter ce phénomène. Pour notre part, nous le considérons plutôt comme favorable. En neutralisant le contenu gastrique, la bile diminue l'excitation stomacale et contribue à amener la sédation des troubles dyspeptiques.

Nous devons discuter en quelques mots l'opinion des médecins, trop nombreux encore à l'heure actuelle, qui considèrent la gastro-entérostomie pour sténose fibreuse comme une opération grave. Tel n'est pas notre avis. Pour apprécier le taux de la mortalité opératoire dans ces cas, il faut, des statistiques, retrancher tous les cas de gastro-entérostomie chez les cancéreux, d'abord en raison de la fragilité plus grande de ces malades, en second lieu parce qu'ils sont trop souvent opérés dans un état de cachexie avancée. D'autre part, si l'on étudie les statistiques globales de gastro-entérostomies, on voit que la mortalité tend constamment à s'abaisser. Au début, la technique opératoire étant mal réglée, les chirurgiens étant inexpérimentés, la mortalité a été très grande, puis peu à peu elle s'est abaissée et on peut dire qu'actuellement, cette opération, entre les mains d'un chirurgien expert en la matière, est une opération très bénigne. Nous avons, pour notre part, fait opérer depuis trois ans 35 malades atteints de sténose bénigne, avec 34 guérisons.

Le seul cas de mort a trait à un homme de

soixante-dix ans, atteint de rétention d'urine deux jours avant l'opération, et mort de phénomènes d'urémie pulmonaire et cérébrale le lendemain même de l'opération.

La gastro-entérostomie est souvent pratiquée aussi chez des malades atteints de *sténoses malignes du pylore*, toutes les fois que la tumeur gastrique est inextirpable, soit par suite d'un mauvais état général, soit à cause des adhérences multiples contractées avec les tissus voisins, ou encore à cause de l'envahissement des ganglions du péritoine ou des organes voisins par la néoplasie. L'opération donne dans ces cas des résultats très satisfaisants. On assiste à la disparition des symptômes dyspeptiques, et à un relèvement souvent très remarquable de l'état général. Le poids du corps augmente souvent aussi dans des proportions considérables. Malheureusement ces résultats ne sont que temporaires. Au bout d'un temps variant entre trois mois et vingt mois, le malade dépérit à nouveau. Il est remarquable toutefois que les symptômes dyspeptiques ne reparaissent pas ou du moins se montrent très peu intenses. C'est par cachexie, par intoxication générale que la mort survient : le malade s'éteint lentement, sans douleurs.

Quand le diagnostic du cancer a pu être fait assez tôt, on peut pratiquer *la pylorectomie*. Celle-ci, qui consiste dans l'ablation de la tumeur, doit aussi comprendre celle des ganglions voisins, le plus souvent infectés. C'est une opération beaucoup plus grave que la précédente, qui donne à l'heure actuelle une mortalité d'environ 25,4 p. 100, malgré la très re-

marquable amélioration des statistiques dans ces quatre dernières années.

Quant à la survie ainsi obtenue, elle est évidemment très variable, selon l'époque où a été opéré le cancer. Dans les statistiques des chirurgiens, elle oscille, dans la grande majorité des cas, entre un et deux ans. Quelques malades ont survécu quatre à six ans et même huit ans après. Personnellement, je possède un cas opéré depuis trois ans et un cas opéré depuis quatre ans et demi, actuellement encore dans un excellent état de santé, quoique occupé à un métier fort pénible.

Les résultats obtenus après la pylorectomie sont sensiblement les mêmes qu'après la gastro-entérostomie. Les troubles fonctionnels disparaissent et l'état général s'améliore. La dilatation s'atténue sans disparaître. La stase, quoique moins marquée, persiste presque toujours. Quant à la sécrétion, elle reste pauvre avant comme après l'opération.

Dans deux cas personnels, la pylorectomie a été pratiquée pour un ulcus.

Les résultats éloignés ont été absolument comparables à ceux des opérés de gastro-entérostomie.

2. — TRAITEMENT SPÉCIAL DES DILATATIONS PAR INSUFFISANCE

Il ne sera question, dans ce chapitre, que des dilatations par atonie, l'existence de dilatations par gastrite étant très incertaine, ainsi que celles de dilatations par adhérences périgastriques dont nous avons plus haut affirmé la rareté.

I. Traitement médical. — Si l'on se reporte à ce que nous avons écrit plus haut, on verra qu'il est utile, dans le traitement de cette forme de maladie, de soigner l'état général autant et peut-être plus que l'estomac lui-même.

Régime alimentaire. — L'établissement d'un *régime alimentaire* convenable est de la plus haute importance.

Nous en avons donné plus haut les règles générales. Nous devons cependant ajouter quelques observations plus spécialement appropriées aux cas qui nous occupent.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur la *quantité d'aliments* qu'il convient de prescrire. Les uns, sans s'inquiéter de l'état de l'estomac et des phénomènes dyspeptiques qu'ils considèrent comme d'importance secondaire, cherchent surtout à agir sur l'état général de l'organisme, en stimulant la nutrition, et préconisent l'alimentation abondante et même la *suralimentation.*

Les autres, prenant en considération surtout l'hyposthénie gastrique, conseillent, pour éviter la surcharge et la distension des organes digestifs, une *alimentation restreinte*, de petits repas ; ils y ajoutent la *réduction des boissons* et des aliments où les matières nutritives sont diluées dans une grande quantité de liquides (*régime sec*).

Ces deux méthodes donnent, selon les cas, de bons et de mauvais résultats ; elles ont toutes deux leurs indications spéciales que, pour notre part, nous concevons de la façon suivante ;

Tous les cas d'atonie gastrique sont loin de se ressembler au point de vue clinique : les phénomènes associés, l'état de la nutrition générale, l'irritabilité nerveuse, les affections des autres organes multiplient à l'infini les aspects cliniques de la maladie. Or, c'est surtout de ces phénomènes associés que le clinicien devra se préoccuper et, avant tout, de la réaction générale de l'organisme. Lorsque l'état général est mauvais, que le système nerveux est profondément atteint, qu'il se manifeste des signes de neurasthénie accentuée, que la dénutrition et la désassimilation sont accusées, tous symptômes qui ont comme corollaire un amaigrissement progressif et plus ou moins accentué, il y a intérêt à suralimenter les dilatés sans tenir compte de leurs troubles digestifs, et, même si l'ectasie et l'atonie gastrique sont très prononcées. Nous avons vu, pour notre part, se produire par cette méthode de véritables résurrections dans des cas de dilatations asthéniques graves. A la suite de ce traitement, les fonctions digestives se raniment et les malaises s'atténuent et disparaissent, en même temps que le poids du corps augmente, que les forces reprennent et que le système nerveux retrouve son équilibre. L'amélioration est souvent rapide et complète, toujours appréciable.

La suralimentation peut se faire, lorsque l'appétit est suffisant, sans recourir à aucune manœuvre spéciale. Les poudres de viande, la viande crue, les œufs crus, le lait en font les frais. On prescrit de prendre ces aliments à deux repas supplémentaires copieux, le matin et à quatre heures de l'après-midi,

tandis que les autres repas du midi et du soir sont maintenus.

Mais si l'appétit est insuffisant, ou si les digestions se font mal, il est nécessaire de recourir à la sonde œsophagienne. Le cathétérisme a souvent, par lui-même, des effets surprenants. Alors que les aliments avalés naturellement provoquent des douleurs et parfois même sont rendus par vomissement, ces mêmes aliments, pris par la sonde, sont parfaitement tolérés et digérés. L'explication de ces faits reste obscure, mais, cependant, il est légitime d'admettre que l'introduction de la sonde provoque une excitation de l'estomac et peut-être de l'intestin, qui favorise l'acte digestif. Quoi qu'il en soit, les effets de l'alimentation par la sonde, du *gavage*, comme il est d'usage de l'appeler, sont tout à fait remarquables, et on ne saurait trop en recommander l'emploi.

A côté des dilatés maigres, il existe des dilatés gras quelquefois obèses, souvent pléthoriques, présentant les stigmates bien connus de l'arthritisme. Ces malades se trouvent fort mal de la méthode précédente. Chez eux il faut, au contraire, réduire l'alimentation dans une forte mesure. Non seulement on ordonnera une alimentation légère, mais, dans bien des cas, il sera bon de conseiller le régime végétarien mitigé consistant dans l'abstention de la viande et des aliments gras, mais permettant l'usage du lait, des œufs et du poisson. On obtiendra souvent de la sorte un amaigrissement salutaire, l'atténuation et même la disparition de bien des troubles locaux ou géné-

raux attribués à la dilatation de l'estomac et dus, en réalité, à des phénomènes toxi-alimentaires chez des sujets atteints de ralentissement de la nutrition.

Enfin, chez certains dilatés il sera inutile de régler la quantité d'aliments et on leur permettra de manger à leur appétit, en se contentant de recommander de simples prescriptions hygiéniques.

Il nous reste à dire quelques mots sur le *régime des boissons*. On sait que M. Bouchard et ses élèves ont recommandé le *régime sec*, c'est-à-dire la quasi-abstention des boissons et des mets contenant une grande quantité d'eau, notamment des potages. Nous croyons, pour notre part, que le régime sec a peu d'avantages et par contre de gros inconvénients. Il a peu d'avantages, car il n'est pas démontré que l'on obtienne de cette façon une diminution de l'atonie et de la dilatation. Nous avons vu des malades soumis depuis plusieurs mois au régime sec et chez lesquels l'estomac présentait une dilatation très marquée. D'autre part, les inconvénients du régime sec sont évidents. Tout d'abord la privation de boisson amène rapidement chez les neurasthéniques un amaigrissement notable, de plus, surviennent une constipation très marquée et une réduction considérable des urines dont la densité augmente. Il en résulte que les substances toxiques contenues dans l'intestin, d'ordinaire évacuées avec les selles, et les toxines contenues dans le sang qui, normalement, s'éliminent par les reins, s'accumulent dans l'organisme et contribuent à exagérer les phénomènes morbides.

Nous croyons donc, avec beaucoup de bons au-

teurs, qu'il est utile de faire prendre aux dilatés une certaine quantité de boissons, variant entre 1 200 et 1 500 grammes par jour.

Dans la plupart des cas, elles seront absorbées aux repas. Cependant chez certains gastropathes on observe une certaine répugnance pour tous les liquides : alors que la digestion des matières alimentaires solides ou demi-liquides se fait bien, sans provoquer aucune sensation pénible, celle-ci apparaît dès l'ingestion d'une quantité même minime de boisson. Cette *dyspepsie des liquides* n'est pas très rare. C'est une idiosyncrasie impossible à prévoir et à expliquer, mais qui n'est pas en rapport avec l'état organopathique de l'estomac. Quoi qu'il en soit, elle contre-indique l'usage des boissons aux repas. Il faut alors faire prendre la quantité de liquide suffisante à distance des repas, soit vers dix heures du matin, vers quatre heures du soir, et le soir en se couchant, de préférence sous forme d'infusions chaudes qui stimulent la motricité et la sécrétion gastriques.

Chez certains malades, de préférence les arthritiques, il est bon d'ordonner des boissons abondantes, d'ordinaire bien supportées par l'estomac, et qui ont l'avantage, en faisant un véritable lavage du sang, de favoriser la dépuration urinaire.

Traitement médicamenteux. — Il n'existe pas de médication spécialement applicable à l'atonie gastrique. Les indications thérapeutiques sont fournies moins par l'existence de la dilatation que par les phénomènes dyspeptiques et les troubles généraux qui l'accompagnent et qui sont, on le sait, très va-

riables. Chaque cas réclame donc une thérapeutique différente et on ne peut donner de règles univoques.

En thèse générale, il faut être avare de médicaments; la polypharmacie aboutit à des résultats désastreux. Aux malades qui n'ont que de légers malaises, on ne prescrira que le régime et les agents physiques. Pour les autres, la thérapeutique s'inspirera des indications symptomatiques.

Amers. — Chez un grand nombre de dilatés, il existe une sorte de torpeur des fonctions stomacales, anorexie, distension de la tunique musculaire, insuffisance de la sécrétion. Il est rationnel dans ces cas de chercher à exciter les fonctions stomacales. Les *amers*, quinquina, gentiane, colombo, quassia amara, condurango, rhubarbe, noix vomique, etc., sont indiqués pour exciter l'appétit. On les administre sous forme de teintures, d'extraits fluides, de tisanes. On peut y adjoindre certaines substances qui semblent avoir une action particulièrement efficace sur les fibres lisses, tels l'ipéca, l'hydrastis canadensis, l'hamamelis virginica, l'ergotine.

Alcalins. — Faut-il, dans l'atonie gastrique avec hypochlorhydrie, administrer des *acides* ou des *alcalins;* c'est là une question embarrassante et qui mérite d'être discutée.

Il semble démontré par de nombreux travaux concordants que les *alcalins* et tout spécialement le bicarbonate de soude à faible dose et à dose moyenne de un à trois grammes, pris avant le repas, excitent la sécrétion gastrique chez les hypochlorhydriques et amènent une évacuation plus rapide de l'estomac.

D'autre part, quoique moins nombreuses, toutes les expériences sur l'action des *acides* sur la digestion gastrique, aboutissent à une même conclusion, à savoir que ces substances retardent l'évacuation de l'estomac, en provoquant une contracture réflexe du pylore. Quant à leur action sur le chimisme gastrique, il n'en est guère question, et, si nous en jugeons par notre expérience personnelle, elle nous semble insignifiante. Quelques auteurs prétendent même qu'ils dépriment la sécrétion par inhibition.

Acides. — De ce qui précède, il résulte donc que, dans la dyspepsie avec atonie gastrique et lenteur des digestions, l'administration des alcalins, à petite dose, est plus rationnelle que l'administration des acides. Ceux-ci, pour le dire en passant, trouvent leur emploi dans les gastrites avec hypochlorhydrie, atonie, s'accompagnant d'une évacuation hâtive de l'estomac et coïncidant fréquemment avec de la diarrhée. A ce point de vue l'expérience clinique semble bien d'accord avec la théorie.

Ferments digestifs. — L'utilité des *ferments digestifs*, pancréatine, papaïne et pepsine est très discutée, surtout lorsque la sécrétion gastrique est peu altérée. En tous cas, si l'on donne la pepsine, il faudra conseiller non la pepsine du codex, mais des pepsines très actives au titre de 200, 400 et plus, qu'on trouve maintenant dans le commerce. La dose à prescrire est de 1 gramme à 1^{gr},50 environ après chaque repas.

Suc gastrique. — M. Frémont a préconisé l'usage du suc gastrique de chien ou *gastérine*, dans les dys-

pepsies avec hypochlorhydrie. MM. Launois, Le Gendre, Mathieu, Rendu, ont célébré les bons effets qu'ils en avaient obtenus. Nous croyons aussi, pour notre part, aux bons effets de la gastérine, mais nous pensons qu'elle ne trouve que rarement son indication dans l'asthénie gastrique avec dilatation, et que tout au moins elle ne doit être employée que dans les cas très graves, avec altération profonde de l'état général.

Peptone. — Enfin, nous recommandons souvent l'usage de la *peptone*, à la dose d'environ 10 grammes par repas. Notre but n'est pas d'introduire dans l'organisme de l'albumine déjà digérée dont l'assimilation est plus qu'hypothétique. Nous nous basons sur les expériences de M. J.-Ch. Roux qui ont montré qu'un repas d'épreuve additionné de peptones s'évacuait plus rapidement dans l'intestin.

Médicaments calmants. — Lorsqu'il n'existe qu'un peu de pesanteur gastrique, il est inutile, sinon nuisible d'administrer des *médicaments calmants*. Si, au contraire, il existe de la gastralgie, il est indispensable d'y avoir recours.

La douleur est due soit à une hyperesthésie locale de l'estomac, soit à une irritabilité du système nerveux, soit, et le plus souvent, à ces deux causes à la fois. La médication doit varier selon ces différents cas. Dans le premier cas, on donnera des préparations pouvant engourdir les terminaisons nerveuses de l'estomac : eau chloroformée, eau mentholée, les divers médicaments opiacés, la morphine, la codéine, la belladone, l'extrait de cannabis indica, etc. Leur mode d'administration devra varier selon les cas. Si la douleur se

déclare dès l'ingestion alimentaire, il est bon de prescrire les médicaments, de préférence à l'état liquide et environ un quart d'heure avant le repas ; on les prescrira au contraire à la fin du repas, sous forme de poudres ou de pilules, chez les malades qui ne souffrent que quelque temps après être sortis de table.

Lorsque l'on aura affaire à un sujet très nerveux, agité, irritable, présentant des stigmates nerveux accentués, et accusant des douleurs d'estomac en dehors des repas, il y aura intérêt à prescrire le valérianate d'ammoniaque et les bromures, alternativement. L'administration des bromures est souvent très efficace ; on peut y associer le chloral. Voici une formule qui nous a donné toujours des effets très heureux.

Bromure de calcium................	15 grammes.
Hydrate de chloral..................	5 —
Codéine............................	20 centigr.
Eau de laurier-cerise..............	āā 75 grammes
Eau simple.........................	

Dans quelques cas assez rares, la douleur est due à l'existence d'une hyperacidité du suc gastrique ; il est alors nécessaire de prescrire les alcalins à assez hautes doses et surtout à doses répétées : un cachet toutes les heures, de façon à entretenir la neutralité du milieu gastrique. Toutefois, il faut prescrire en même temps des antigastralgiques, car l'action des alcalins, nous l'avons souvent remarqué, est beaucoup moins efficace chez ces malades que chez les hyperchlorhydriques avec syndrome pylorique.

Les vomissements sont souvent la conséquence des

douleurs et disparaissent avec elles; s'ils persistent, il ne faut guère compter sur le traitement pharmacothérapique pour les faire disparaître. C'est au repos et aux agents physiques qu'il faudra s'adresser. La glace et les boissons glacées sont quelquefois assez utiles. Quant aux boissons gazeuses et particulièrement la fameuse potion de Rivière, nous en nions résolument les effets, malgré la tradition.

Antiseptiques. — On a quelque peu abusé des *antiseptiques* dans le traitement de la dilatation. Leur emploi, très rationnel d'après la théorie, donne des résultats peu appréciables dans la pratique. Ils nous paraissent surtout utiles dans les cas, d'ailleurs assez rares, où existe de la stase permanente. On peut aussi les conseiller dans les cas où prédominent les troubles intestinaux accompagnés de fermentations; ils ont en effet plus d'action contre les fermentations intestinales que contre les fermentations stomacales.

Les principaux antiseptiques internes sont : la résorcine, le benzonaphtol, le bétol, l'acide salicylique et ses dérivés; le naphtol β nous a paru trop irritant. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que les petits *purgatifs* répétés, huile de ricin, calomel, sulfate de soude, magnésie, etc., sont des adjuvants utiles, des antiseptiques intestinaux, car ils provoquent l'issue des matières intestinales et s'opposent à la stase stercorale.

Traitement général. — Chez beaucoup de neurasthéniques, l'état général est défectueux, il y a un amaigrissement très grand, une dépression marquée,

une véritable déchéance physique et morale. L'emploi des *toniques* s'impose. On a conseillé l'usage de la kola, du quinquina, de la caféine, des phosphates et des glycérophosphates, de la lécithine, etc. ; nous avouons ne pas avoir retiré de ces diverses médications les résultats que nous avions espérés.

Le cacodylate de soude, au contraire, semble avoir une influence assez nette. Nous en avons retiré de bons effets. Il est préférable de l'employer en injections sous-cutanées, à cause de son influence irritante sur les muqueuses gastrique et rectale. On peut aussi espérer de bons effets du méthylarsinate de soude, encore connu sous le nom d'arrhénal ou de néo-arsycodile, que M. Gautier a récemment introduit dans la thérapeutique comme succédané des cacodylates, et sur lesquels il présenterait l'avantage de pouvoir, sans inconvénient, être prescrit à l'intérieur.

Agents physiques. — Ils rendent de grands services dans le traitement des malades atteints de dilatation atonique.

Hydrothérapie. — L'hydrothérapie est presque constamment utile ; il n'est guère de malades qui ne s'en trouvent bien. Mais les méthodes à appliquer doivent être appropriées au tempérament de chaque individu. Il faut du tact et souvent aussi des tâtonnements pour prescrire la méthode hydrothérapique convenable. En général, chez les névropathes excités, les *douches* sont préférables. On les donnera d'abord tièdes, écossaises, puis froides; en tous cas, elles seront courtes. Pour les neurasthéniques déprimés,

les malades anémiés, le *drap mouillé* est préférable. Enfin chez les malades obèses, arthritiques, les douches ne sont pas très bien supportées et les *grands bains chauds* sont plus indiqués. Ce sont là des indications générales auxquelles, bien entendu, il existe de nombreuses exceptions.

Massage. — Il est aussi d'un précieux secours. Cependant, il demande à être appliqué avec circonspection, car, dans beaucoup de cas, il peut être nuisible. Il faut distinguer le *massage général* et le *massage abdominal.* Le massage général est indiqué à peu près dans tous les cas où domine la neurasthénie, la fatigue, les courbatures générales, la brisure des membres; il est indiqué aussi chez les obèses. C'est dire qu'il est bon dans la plupart des formes de dilatation par insuffisance. Nous le croyons cependant contre-indiqué, momentanément du moins, lorsqu'il y a un amaigrissement marqué et un épuisement nerveux considérable. Pour le massage abdominal, il faut y regarder de plus près. En général nous le proscrivons chaque fois qu'il y a une hyperesthésie trop vive de l'estomac, se manifestant par des douleurs et plus encore par des vomissements. Nous avouons que nous ne croyons pas au prétendu effet calmant des massages. Nous proscrivons aussi ceux-ci dans les cas où il existe des crises d'entéralgie. Au contraire nous avons toujours été très satisfait des résultats obtenus dans les cas, très nombreux, qui se manifestent par de la lenteur des digestions, avec engourdissement général, et surtout chez les pléthoriques obèses, atteints souvent

aussi de constipation par atonie de l'intestin et dont le foie est d'ordinaire congestionné. Chez ces malades, dont la circulation porte se fait mal, on obtient par le massage abdominal des effets que nulle autre médication ne peut prétendre à obtenir.

Gymnastique suédoise. — La gymnastique suédoise est un utile complément du massage général et doit être employée dans les mêmes circonstances.

Électrothérapie. — Elle a des partisans et des détracteurs. Nous nous rangeons parmi les indifférents. Nous n'avons pu encore préciser exactement les indications de cette méthode dans l'affection qui nous occupe. Nous croyons en réalité qu'elle n'a pas une action bien nettement efficace. D'ailleurs les expériences physiologiques, faites en Allemagne et en Amérique sur l'action des différents modes d'électrisation interne ou externe, sur la musculature et les glandes de l'estomac n'ont pas permis de conclusions bien nettes, d'accord en cela avec les constatations cliniques.

Nous ne parlons ici, bien entendu, que de l'électrisation locale. Quant à l'électrisation générale, il ne nous appartient pas d'en parler ici et nous renvoyons nos lecteurs aux traités spéciaux des maladies du système nerveux.

Traitement des troubles intestinaux. — Il ne faut pas oublier que les malades atteints de dilatation par insuffisance ont souvent des troubles intestinaux de diverses natures dont il est fort utile de s'occuper, car ceux-ci ont une répercussion très marquée sur l'état de l'estomac. La constipation, sous ses diverses formes, est d'une fréquence très grande; pour la

combattre, on donnera des *purgatifs ou des laxatifs* doux et des *lavements*. Chaque malade a son médicament de choix qui lui réussit et ne réussit pas à son voisin : il faut tenir compte des idiosyncrasies. De même, on sait que tout laxatif perd à la longue son efficacité, et demande à être remplacé au bout de quelque temps. Ces réserves faites, nous donnons la préférence, dans la majorité des cas, à l'huile de ricin (une cuillerée à dessert 2 fois par semaine) ou aux sels de soude (sulfate, phosphate, chlorure de sodium, sel de Carlsbad). Nous recommandons la formule suivante :

Phosphate de soude..................	5	grammes.
Sulfate de soude....................	4	—
Bicarbonate de soude................	3	—

Pour un paquet à dissoudre dans une bouteille et à prendre tous les deux jours par verre à boire le matin à jeun.

Les *lavages d'intestin* méritent d'être prescrits chez tous les dilatés atteints de troubles intestinaux (diarrhée ou constipation). On les donne de la façon suivante : les malades sont placés dans la position horizontale, le siège relevé, la tête basse, les genoux fléchis, la bouche largement ouverte. L'eau (1 litre 1/2 d'eau bouillie à 45°), contenue dans un bock accroché à 75 centimètres au-dessus du plan du lit, est amenée dans l'intestin par un tube en caoutchouc muni d'une canule en os (modèle courant). Le lavage doit être pris lentement en cinq ou six minutes environ, et être rendu dès qu'il est absorbé.

Il faut toujours recommander aux malades de se présenter à la garde-robe et d'avoir une selle, si pos-

sible, immédiatement avant de prendre le lavage. On leur évite ainsi l'inconvénient de ne pouvoir aller à la garde-robe sans lavements.

Sonde gastrique. — Elle trouve souvent son emploi chez les dilatés par insuffisance. Tout d'abord on est souvent appelé à pratiquer le cathétérisme pour faire l'alimentation artificielle. L'anorexie est fréquente chez les malades de cette catégorie et la suralimentation, comme nous l'avons déjà dit plus haut, est chez eux une merveilleuse méthode de traitement. L'introduction d'aliments liquides et en poudre par la sonde permet cette suralimentation. De plus, il est remarquable que souvent les aliments introduits de cette façon sont mieux tolérés et mieux digérés que ces mêmes aliments introduits par la bouche. Quoique d'une interprétation difficile, ce fait peut être journellement constaté.

Le cathétérisme peut avoir encore pour but de pratiquer le lavage de l'estomac. Cette pratique s'impose et donne des résultats excellents lorsqu'il existe de la stase gastrique.

Mais faut-il y avoir recours lorsque cette complication n'existe pas. Nous n'hésitons pas à répondre par l'affirmative? Nous ne croyons guère aux fermentations gastriques lorsqu'il n'existe pas de stase, et ce n'est pas pour nettoyer la cavité stomacale que nous préconisons les lavages. Mais, l'introduction du tube dans l'estomac excite vivement les mouvements et la sécrétion de l'organe.

D'autre part, on sait aussi que les lavages d'estomac provoquent le péristaltisme intestinal. Ceux-ci

agissent donc à la façon d'une véritable *douche stomacale*, terme dont se servent souvent d'ailleurs les auteurs allemands. D'après ce que nous venons de dire, les lavages de l'estomac semblent indiqués, lorsqu'il existe de l'insuffisance de l'estomac avec atonie intestinale. Nous les croyons contre-indiqués dans les cas d'hyperesthésie gastrique et lorsqu'il existe de l'entérite muco-membraneuse avec spasme de l'intestin.

Ceinture. — Les dilatés se trouvent souvent fort bien du *port d'une ceinture abdominale*.

Celle-ci est indispensable dans les cas de relâchement marqué de la paroi abdominale, avec ou sans éventration. Elle s'impose aussi, à notre avis, chez les malades dont la paroi abdominale est suffisamment résistante, mais qui présentent les diverses variétés de la splanchnoptose (gastroptose, entéroptose, néphroptose, hépatoptose). Elle est moins nécessaire, mais cependant encore utile dans la simple dilatation, lorsque celle-ci est très marquée et que les aliments et les gaz contenus dans l'estomac en distendent très fortement les parois. Nous conseillons à nos malades le port d'une ceinture lorsque nous constatons pendant la période digestive que la grande courbure dépasse l'ombilic de deux travers de doigt ; ou encore quand l'estomac se laisse très fortement distendre par l'insufflation pratiquée à jeun.

Quel que soit le cas auquel on ait affaire, la ceinture doit toujours être d'un même modèle. Nous ne sommes guère partisan de la sangle de Glénard,

qui nous a semblé brider les organes abdominaux sans les maintenir, malgré l'addition, souvent gênante d'ailleurs, de pelotes. Nous préférons de beaucoup la ceinture hypogastrique haute allant du pubis au-dessus de l'ombilic et garnie d'ouate. Les ceintures doivent être faites sur mesure et capitonnées selon les indications à remplir. En général, elles doivent être épaisses au niveau du pubis et diminuer graduellement vers l'ombilic. En cas de néphroptose ou d'hépatoptose, il faudra avoir soin de faire poser une épaisse couche d'ouate pour soutenir le foie et le rein. Ainsi comprise, la ceinture abdominale relève les organes, non pas en agissant sur eux directement, mais par l'intermédiaire de l'intestin sur lequel ils reposent.

Nous préférons de beaucoup la ceinture à tous les *corsets hygiéniques* plus ou moins bien compris qu'on a voulu lui substituer et qui pour la plupart remplissent insuffisamment le but qu'on se propose par leur emploi.

II. Traitement chirurgical. — Le traitement chirurgical ne donne pas de résultats appréciables chez les malades atteints de dilatation par insuffisance. Pour notre part, nous n'en avons fait opérer que trois : ces malades étaient atteints, en même temps que de dilatation, de douleurs intenses avec vomissements, d'une hypochlorhydrie prononcée et d'un dépérissement marqué, ensemble symptomatique pouvant faire soupçonner un cancer au début. Ces trois malades, en réalité dyspeptiques nerveux, dont le pylore et l'estomac ne présentaient aucune lésion,

n'ont pas été améliorés. Deux ont subi la gastro-entérostomie et un la pyloroplastie. Outre ces trois malades, nous en avons vu dix autres, qu'un interrogatoire minutieux nous a permis de ranger dans la même catégorie de dilatés ; chez eux non plus l'intervention chirurgicale n'a été suivie d'aucune amélioration, ils sont restés aussi dyspeptiques qu'avant l'opération. Deux même ont vu leurs troubles subjectifs notablement aggravés. Au point de vue local, la dilatation avait persisté.

Cet échec de l'intervention chirurgicale s'explique si l'on veut bien se rappeler ce que nous avons dit plus haut, à savoir que la dilatation par insuffisance relève bien plus d'une asthénie générale du système nerveux que d'un état anatomique local de l'estomac.

Il est cependant une intervention qui paraît justifiée dans un certain nombre de cas : *c'est la gastropexie*, lorsqu'il existe de l'entéroptose et de la dislocation verticale de l'estomac. Mais il ne faut se résoudre à cette opération que quand les moyens orthopédiques déjà indiqués n'ont pas donné de résultats suffisamment appréciables.

TABLE DES MATIÈRES

442-02. — Corbeil. Imprimerie Éd. Crété.

Les Actualités Médicales

Collection de volumes in-16 de 96 pages, avec figures, cartonnés

à 1 fr. 50

Souscription à 12 Actualités cartonnées............. **16** fr.

Le succès a consacré la valeur et l'utilité des ***ACTUALITÉS MÉDICALES***, puisque déjà cinq volumes sont *entièrement épuisés* et huit autres sont arrivés à leur *deuxième édition* ; et que ces deuxièmes éditions sont des œuvres réellement nouvelles, de nouvelles *actualités*. A côté des livres classiques, des traités didactiques, il y a place pour une collection de monographies destinées à exposer les idées nouvelles, les faits nouveaux, à compléter tous les traités de médecine, de bactériologie, de thérapeutique, de chirurgie et à les mettre au courant des progrès des sciences médicales.

Dès qu'une question est à l'ordre du jour, une monographie, destinée à la résumer et à la mettre au point, est aussitôt publiée.

Chaque question est traitée par celui qui l'a étudiée, ou par un auteur dont le nom fait autorité. On s'attache particulièrement au côté pratique : de telle façon que les étudiants, pour leurs examens; les candidats, pour les concours; les praticiens, pour l'exercice journalier de leur profession, trouvent dans cette collection ce qui leur est indispensable.

La *Cure de Déchloruration* a été exposée par Widal et Javal.

L'*Ionothérapie* par Delherm et Laquerrière.

Le *Choléra* a été traité par Chantemesse et Borel.

L'*Appendicite*, par le Dr Aug. Broca et le *Diagnostic de l'appendicite*, par le Dr Auvray sont des questions à l'ordre du jour à l'Académie de Médecine et à la Société de Chirurgie.

Les *Maladies du Cuir chevelu* (2e édition) du Dr Gastou traitent une question toujours en cause à la *Société de Derma-*

tologie. Les Rayons de Röntgen reçoivent chaque jour de nouvelles applications en médecine et en chirurgie. Les monographies du Dr Béclère, médecin des hôpitaux, le promoteur de la radiographie et de la radioscopie dans les services hospitaliers de Paris, vulgarisent cette précieuse découverte.

Les nouveaux procédés de diagnostic : le *Cytodiagnostic*, par Marcel Labbé ; la *Technique de l'exploration du tube digestif, examen des fèces* (Gaultier) ; le *Cloisonnement vésical*, par Cathelin ; les nouvelles méthodes de traitement : la *Trachéobronchoscopie* et l'*Œsophagoscopie* (Guisez) ; les *Médications préventives* (Nattan-Larrier) ; les *Traitements des entérites* ; les nouvelles recherches bactériologiques sur la *Diphtérie*, le *Rhumatisme*, le *Pneumocoque*, le *Tétanos*, l'étude des *Oxydations de l'organisme* ; la question si intéressante pour le praticien, des *Accidents du travail*, par le Dr G. Brouardel (2e édition) ; les nouveaux traitements du *Diabète* (2e édition), de la *Goutte*, de la *Syphilis* (2e édition), des *Névralgies*, de la *Surdité*, voilà autant d'actualités qui ont pris place dans la collection.

Les noms de Widal, Chantemesse, Lépine, Teissier, Courmont, Lannois, Broca, Auvray, Apert, Mosny, Legueu, Collet, Enriquez, Sicard, Garel, Marcel Labbé, Barbier, Bordier, Pousson, pour ne citer que quelques auteurs des ***ACTUALITÉS MÉDICALES***, sont connus de tous les médecins, tant en France qu'à l'étranger ; ils ont tous une haute compétence pour les sujets qu'ils traitent.

Toutes les fois que le sujet le comporte, des *figures originales* sont intercalées dans le texte : la plupart des ***ACTUALITÉS MÉDICALES*** sont illustrées (**37 *Actualités*** sur 62 sont ***illustrées***).

Pour répandre les progrès journaliers des sciences médicales, il était nécessaire de condenser les Actualités en de petits volumes, d'un format portatif, revêtus d'un élégant cartonnage (qui supprime la nécessité de couper les pages et évite la dépense d'une reliure), et, cependant, d'un prix très modique.

DERNIERS VOLUMES PARUS :

La Déchloruration, par Widal et Javal.

L'Obésité, par Le Noir.

Les nouveaux traitements dans les Maladies nerveuses, par Lannois et Porot.

EN PRÉPARATION :

Hygiène de l'Intestin, par Metchnikoff.

Traitement des Anémies, par Vaquez et Aubertin.

L'Artériosclérose, par Gouget.

L'Ionothérapie, par Delherm et Laquerrière.

Les Maladies du Cuir chevelu, *prophylaxie et traitement*, par le Dr Gastou, assistant à l'hôpital Saint-Louis. 2e *édition*. 1907. 1 vol. in-16 de 96 p., 19 fig., cart. 1 fr. 50

Le but de ce livre est de donner un aperçu des maladies du cuir chevelu, d'en décrire l'hygiène, la prophylaxie et le traitement, en basant sur les données scientifiques cette étude pratique. Un formulaire cosmétique (lotions et frictions, pommades, huiles, brillantines, teintures) complète l'ouvrage. La pelade, les teignes, certaines folliculites pyogènes peuvent être transmissibles et créer des épidémies. Leur connaissance doit être vulgarisée dans l'intérêt de la prophylaxie sociale.

Les Dilatations de l'Estomac, par le Dr M. Soupault, médecin des hôpitaux de Paris. 1902. 1 vol. in-16 de 96 pages et 4 figures, cartonné.................. 1 fr. 50

M. Soupault étudie d'abord les symptômes communs à toutes les dilatations, puis leur étiologie et leur pathogénie : dilatations d'origine pylorique, dilatations de cause extrinsèque, dilatations par insuffisance de la contraction des parois gastriques. Le traitement qui intéresse surtout le praticien, comprend la moitié du volume : prescriptions d'hygiène ou de régime qui concernent toutes les variétés de dilatations ; traitement spécial des dilatations d'origine pylorique et des dilatations par insuffisance.

L'Appendicite, *Formes et Traitement*, par le Dr Aug. Broca, agrégé à la Faculté de Paris, chirurgien de l'hôpital Tenon. 1900. 1 vol. in-16, 96 pages, 8 figures, cart. 1 fr. 50

Montrer qu'il y a des formes diverses d'appendicite auxquelles ne saurait convenir toujours la même indication thérapeutique, voilà le but que se propose M. Broca. Le traitement varie dans ses indications et dans sa technique, selon la forme de la lésion.

Il expose les désaccords entre les *partisans* du traitement médical, les *radicaux*, qui opèrent toujours et de suite, et les *temporisateurs* (Roux, Brun, Jalaguier et Broca), qui, tout en disant : « Il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite », ne veulent pas opérer toujours et de suite. Il examine les détails relatifs au traitement chirurgical, et il décrit le manuel opératoire *type*, en quelques pages remarquables de précision.

Diagnostic de l'Appendicite, par le Dr M. Auvray, agrégé à la Faculté de Paris, chirurgien des hôpitaux. 1904. 1 vol. in-16, 96 pages, cartonné.................. 1 fr. 50

On s'est moins préoccupé dans ces dernières années du diagnostic de l'appendicite que de son traitement, malgré tout l'intérêt qui s'attache à cette question clinique trop négligée dans la plupart des livres classiques. A lire nombre d'auteurs, il semblerait en effet que le diagnostic de l'appendicite ne présente pas de sérieuses difficultés, et cependant il suffit de parcourir les bulletins de nos sociétés savantes pour voir combien d'erreurs pourraient être relevées, qui ont été commises par des cliniciens du plus grand mérite. Il a semblé qu'une étude complète du diagnostic de l'appendicite ne serait pas sans intérêt.

La Cure de Déchloruration dans le Mal de Bright et dans quelques maladies hydropigènes, par le Dr Fernand WIDAL, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Cochin et le Dr Adolphe JAVAL. 1906. 1 vol. in-16 de 96 pages, cart...... .... 1 fr. 50

Les Drs Widal et Javal exposent les principes et les applications de la cure de déchloruration dont ils ont été les promoteurs. Cette méthode diététique qui a pour base la restriction des chlorures alimentaires est aujourd'hui d'une application courante.

En dehors du Mal de Bright, les régimes hypochlorés ont trouvé leur application dans les cardiopathies, les ascites, les phlébites, les dermatites.

La pratique de la cure de déchloruration exige des notions préalables sur les besoins de l'organisme en sel, sur l'équilibre chloré et les rapports entre la chloruration et l'hydratation, sur l'imperméabilité rénale relative pour les chlorures, sur la nature des accidents relevant de la rétention chlorurée.

La Diphtérie, *Bactériologie et Clinique, Prophylaxie et Traitement*, par les Drs H. BARBIER, médecin de l'hôpital Hérold, et G. ULMANN, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1899. 1 vol. in-16, 96 pages, 7 figures, cart...... 1 fr. 50

Appelés l'un et l'autre à diriger pendant plusieurs mois un service de diphtérie à l'hôpital Trousseau, les auteurs ont consigné dans ce volume les faits nouveaux qu'ils ont pu constater dans l'étude de cette maladie.

1° Au point de vue bactériologique, ils ont établi que seul le bacille long, touffu, était le vrai bacille de la diphtérie.

2° Au point de vue clinique, ils ont distingué les diphtéries pures des diphtéries associées.

3° Au point de vue thérapeutique, ils ont montré que le sérum antidiphtérique, tout puissant contre la diphtérie pure, est inefficace contre la diphtérie associée, qui, elle, relève de la médication antiseptique.

Traitement de la Syphilis, par le Dr EMERY, ancien chef de clinique de la Faculté de Paris. Préface de M. le professeur FOURNIER. 2e *édition*. 1905. 1 vol. in-16, 96 pages, cart.. 1 fr. 50

Voici le titre des principaux chapitres : Hygiène du syphilitique. — Traitement mercuriel : action préventive, accidents et inconvénients ; modes d'administration (frictions, méthodes cutanées, accessoires, ingestion, injections), avantages et inconvénients, mode d'administration. — Traitement ioduré : traitement des manifestations cutanées et muqueuses.

Le Traitement de la Constipation, par le Dr FROUSSARD, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1903. 1 vol. in-16 de 96 pages, cartonné.............. 1 fr. 50

L'auteur, se basant sur les formes cliniques et les causes variées de la constipation, en montre la grande diversité d'origine, le mécanisme variable, et déduit un traitement méthodique et rationnel. Ce petit traité de la constipation répond aux tendances actuelles de la clinique et de la thérapeutique qui a pour but la recherche et la guérison des causes des maladies par l'hygiène plutôt que par les médicaments.

Le Tétanos, par les Drs J. Courmont et M. Doyon, professeur et professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. 1899. 1 vol. in-16, 96 pages, avec figures, cart. **1 fr. 50**

Les auteurs étudient le *poison tétanique*, le *tétanos expérimental par injection de toxine tétanique*, le *mode d'action de la toxine*, la *localisation des effets de la toxine*, les *lésions nerveuses chez les tétaniques*.

Un chapitre est consacré au diagnostic et au pronostic, et l'ouvrage se termine par le traitement au sérum antitétanique.

« Il y a dix ans, disent les auteurs, en terminant, aucune ligne de ce livre n'aurait pu être écrite. »

« Combien d'idées nouvelles et de faits intéressants sont exposés dans le livre de MM. Courmont et Doyon. L'ouvrage est écrit d'une façon claire et attachante. Nous ne saurions trop en recommander la lecture à ceux qui s'intéressent aux conquêtes de la science moderne. » (*La Presse médicale.*)

Le Rhumatisme articulaire aigu *en bactériologie*, par les Drs H. Triboulet, médecin des hôpitaux de Paris, et A. Coyon, ancien interne des hôpitaux. 1900. 1 vol. in-16, 96 pages, avec figures, cartonné............ **1 fr. 50**

L'infection secondaire est vraisemblablement la seule raison d'être des différences cliniques qui s'observent dans l'évolution des polyarthrites fébriles aiguës, à début souvent identique. Cette infection, la bactériologie la révèle par la présence de germes variés : bacille d'Achalme, diplococcus et quelquefois staphylocoques qui font les complications viscérales. Les auteurs attirent l'attention sur un diplococcus, hôte du tractus gastro-intestinal, qui peut passer dans le sang et donner lieu à des phénomènes de septicémie, parmi lesquels l'endocardite dite rhumatismale.

Le Pneumocoque, par Lippmann, interne des hôpitaux de Paris. Introduction par le Dr Duflocq, médecin des hôpitaux de Paris. 1900. 1 vol. in-16, 96 p. et fig., cart. **1 fr. 50**

Le temps n'est plus où l'on reconnaissait au pneumocoque le *seul droit de faire* de la pneumonie. Nous savons que ce genre peut déterminer les localisations les plus diverses. Nous savons aussi que chacune de ces localisations nécessite une thérapeutique spéciale, basée sur un diagnostic bactériologique *exact.* D'où l'intérêt de l'excellente monographie de M. Lippmann, où il étudie le genre pneumocoque, les pneumococcies expérimentales et les pneumococcies humaines.

Les Oxydations de l'Organisme (oxydases), par E. Enriquez et J.-A. Sicard, médecins des hôpitaux de Paris. 1902. 1 vol. in-16, 96 pages, cartonné........ **1 fr. 50**

Après quelques généralités sur les ferments solubles et sur l'importance des ferments oxydants, les auteurs exposent les méthodes employées pour la recherche de ces ferments oxydants directs et indirects. Puis, ils indiquent la recherche des oxydases dans les tissus et les humeurs de l'homme, par les réactifs colorants, et surtout au moyen de l'aldéhyde salicylique et de la mensuration des gaz absorbés et produits.

Les États neurasthéniques, *formes cliniques, diagnostic, traitement,* par Gilles de la Tourette, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, 2[e] *édition.* 1900. 1 vol. in-16, 96 p., cart. **1 fr. 50**

Les Myélites syphilitiques, *formes cliniques et traitement,* par Gilles de la Tourette, agrégé à la Faculté de Paris. 1899. 1 vol. in-16, 92 pages, cartonné.... **1 fr. 50**

Les formes cliniques de la syphilis médullaire sont nombreuses :

Mal de Pott syphilitique, gommes intravertébrales, myélites proprement dites, syphilis maligne précoce du système nerveux, myélites aiguës et chroniques et myélites à formes irrégulières.

Le Traitement pratique de l'Epilepsie, par Gilles de la Tourette. 1901. 1 vol. in-16, 96 p., cart. **1 fr. 50**

L'épilepsie est justiciable des sels de bromure : c'est le meilleur, sinon le seul traitement à mettre en œuvre. Mais il faut savoir administrer les sels de bromure ; il faut n'en donner ni trop, ni trop peu ; la dose qui guérit, la dose suffisante de bromure s'établit sur certain signe physique fourni par les pupilles. L'hygiène des épileptiques fait l'objet d'un chapitre. Puis viennent les adjuvants de la cure bromurée, le traitement des accès, le traitement de quelques variétés d'épilepsie, etc.

Le Traitement des Névralgies et des Névrites, par le D[r] H.-F. Plicque, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1902. 1 vol. in-16 de 96 pages, cart. **1 fr. 50**

L'auteur passe en revue les *indications thérapeutiques fournies par l'étiologie* : syphilis, paludisme, anémies, névroses, diabète, goutte, intoxications, etc., puis les *indications thérapeutiques* en général. Le *traitement de la douleur* est longuement étudié : traitement externe par la révulsion, le chlorure de méthyle, le stypage, l'électricité, le massage, etc. ; — traitement interne par l'opium, la morphine, l'aconit, la belladone, le gelsémium, l'antipyrine, la cocaïne, etc. ; — traitement thermal. — Le *traitement de l'insomnie* vient ensuite.

Les chapitres suivants sont consacrés à la *névralgie faciale* et au tic douloureux de la face, puis aux névralgies du membre inférieur et à la *sciatique*, aux névralgies et névrites des divers nerfs, à la *migraine.*

Les Thérapeutiques récentes dans les maladies nerveuses, par les D[rs] Lannois, professeur agrégé et Porot, chef de clinique à la Faculté de médecine de Lyon. 1 vol. in-16 de 96 pages, cart.... **1 fr. 50**

Voici un aperçu des matières traitées :

I. Les thérapeutiques rachidiennes. Ponction lombaire évacuatrice. Injections sous-arachnoïdiennes. Injections épidurales.
II. La rééducation et le traitement des tics.
III. Les injections mercurielles dans la syphilis nerveuse.
IV. Le traitement arsenical de la chorée.
V. Les injections gazeuses dans les névralgies et les névrites.
VI. Thérapeutiques chirurgicales récentes.

Le Cytodiagnostic, les méthodes d'examen des sérosités pathologiques et du liquide céphalo-rachidien, par le Dr Marcel Labbé, agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux de Paris. 1904. 1 vol. in-16, 96 p., cart. **1 fr. 50**

L'examen des sérosités pathologiques a fait, dans ces dernières années, de très grands progrès. Les précautions antiseptiques ont rendu inoffensives les *ponctions exploratrices* faites dans les séreuses, de sorte que ces interventions sont aujourd'hui pratiquées non plus seulement dans un but thérapeutique, mais dans une intention diagnostique.

La *ponction lombaire* a, au point de vue diagnostique, une grande valeur en permettant d'étudier chez l'individu vivant les infections et les réactions organiques qui se passent au sein du système nerveux. Après avoir traité de l'examen des sérosités pathologiques, M. Labbé expose la technique et les résultats de l'examen du liquide céphalo-rachidien obtenu par ponction lombaire.

Le Sang, par le Dr Marcel Labbé, médecin des hôpitaux de Paris. 1902. 1 vol. in-16 de 96 pages et fig., cart. **1 fr. 50**

M. Labbé expose l'orientation nouvelle donnée aux recherches et aux études sur le sang; les principes de la technique qui a présidé à ces recherches; enfin, les résultats généraux obtenus.

Voici les trois grandes divisions du livre : 1° Importance du rôle que joue dans l'organisme le sang. 2° Composition du sang. Équilibre physiologique de cette composition. Modifications apportées à cet équilibre par les états pathologiques. 3° Processus qui président à la naissance et à la mort du sang.

La Protection de la Santé publique. *Loi et Commentaires de la Loi et des Règlements d'administration,* par le Dr Mosny, médecin des hôpitaux de Paris. 1904. 1 vol. in-16 de 96 pages, cart. .... **1 fr. 50**

La France était, jusqu'à ces derniers temps, la seule des nations civilisées qui ne possédât pas de législation sanitaire. Elle en possède une depuis le 15 février 1902. La présente étude critique n'est pas un commentaire juridique de cette loi. L'auteur se place uniquement au point de vue de l'hygiène sociale. Il ne suit donc pas le texte de la loi, mais passe en revue les quelques questions d'hygiène sociale plus particulièrement envisagées et résolues par la loi.

L'auteur étudie tour à tour : 1° Le règlement sanitaire communal; 2° l'assainissement communal; 3° la salubrité des immeubles; 4° la prophylaxie des maladies transmissibles; 5° l'administration sanitaire.

Les Accidents du Travail. *Guide du médecin,* par Georges Brouardel, médecin des hôpitaux de Paris, médecin-expert près le tribunal de la Seine. 2e *édition,* 1907. 1 vol. in-16 de 96 pages, cart... .... **1 fr. 50**

Depuis la première édition de cet ouvrage, la loi sur les accidents du travail a subi des modifications qui ont nécessité une refonte complète de l'ouvrage. Cette loi nécessite, en nombre de cas, l'intervention du médecin; il était donc utile de réunir en une sorte de guide, d'une part l'exposé même de la loi, et d'autre part l'étude des faits qui demandent une appréciation médicale.

Chirurgie intestinale d'urgence, par le Dr A. MOUCHET, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. 1903. 1 vol. in-16, 96 pages et 23 fig., cart. **1 fr. 50**

L'auteur passe successivement en revue les contusions et les plaies de l'abdomen, l'occlusion intestinale, l'appendicite, l'imperforation ano-rectale, l'étranglement hémorroïdaire, les hernies étranglées et les hernies gangrenées. — Pour chaque maladie, les indications opératoires sont tout d'abord exposées avec précision et clarté. Puis la technique opératoire est décrite, d'après les travaux les plus récents, et illustrée de nombreuses figures originales intercalées dans le texte.

Chirurgie nerveuse d'urgence, par le Dr A. CHIPAULT. 1904. 1 vol. in-16 de 96 pages, cart........ **1 fr. 50**

Chirurgie de diagnostics patients d'interventions longuement calculées dans la plupart des cas, la chirurgie du système nerveux n'en doit pas moins être parfois une chirurgie d'urgence, c'est-à-dire une chirurgie dont les indications demandent à être saisies et remplies par tous.

Le volume de M. Chipault a pour but de délimiter le domaine dans lequel doit s'exercer cette activé hâtive, et de l'y guider ; c'est une étude claire et pratique.

Le Canal vagino-péritonéal, *Diagnostic et traitement de la hernie inguinale et des hydrocèles congénitales, de l'ectopie testiculaire*, par le Dr P. VILLEMIN, chirurgien des hôpitaux de Paris. 1904. 1 vol. in-16 de 96 pages, 17 figures, cartonné.. **1 fr. 50**

Le canal vagino-péritonéal reste perméable : c'est, à échéance variable, l'apparition de la hernie inguinale congénitale, de l'hydrocèle communicante ; le canal vagino-péritonéal est en partie oblitéré : c'est l'hydrocèle enkystée du cordon et la hernie funiculaire ; le canal vagino-péritonéal est imparfaitement descendu : c'est l'ectopie avec la hernie presque obligatoire. Au point de vue clinique, c'est toujours une tumeur siégeant au niveau du cordon, et dans laquelle il faudra trouver les caractères propres à en déterminer la nature. Enfin, l'idée directrice de toute thérapeutique découle de la présence d'un sac péritonéal contenant, ou appelé à contenir une anse herniée ; c'est la cure radicale qui s'impose.

La Gastrostomie, par le Dr J. BRAQUEHAYE, agrégé à la Faculté de Bordeaux, chirurgien de l'hôpital de Tunis. 1900. 1 vol. in-16 de 96 pages et figures, cartonné...... **1 fr. 50**

L'auteur décrit d'abord la gastrostomie simple, schématique, puis il passe en revue les 24 procédés actuels des chirurgiens français et étrangers. Il parle ensuite des soins consécutifs à l'opération, du traitement des accidents immédiats et des résultats cliniques.

Chirurgie des Voies biliaires, par le Dr PAUCHET, chirurgien des hôpitaux d'Amiens. 1900. 1 vol. in-16 de 96 pages, avec figures, cartonné............. **1 fr. 50**

Qu'il s'agisse de faire disparaître des accès répétés de coliques hépatiques, de lever un obstacle au cours de la bile chez un sujet ictérique, ou de drainer la vésicule chez un malade atteint d'une affection de l'arbre biliaire, les indications opératoires sont multiples.

Les Rayons N et les Rayons N', par le Dr Bordier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. 1905. 1 vol. in-16 de 95 pages et 16 figures, cart.. 1 fr. 50

Les découvertes de MM. Blondlot et Charpentier passionnent les esprits; or, jusqu'à présent, ce n'est que dans les journaux ou dans des articles peu détaillés qu'ont dû puiser ceux qu'intéresse cette question.

M. Bordier a rassemblé dans cette *Actualité médicale* tout ce qui a été publié sur les rayons N; il l'a ordonné avec la clarté, la précision et la compétence dont il a déjà fait preuve dans ses autres publications.

Traitement chirurgical des Néphrites médicales, par le Dr A. Pousson, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux. 1904. 1 vol. in-16 de 96 pages, cartonné.............. .... 1 fr. 50

Le traitement chirurgical des néphrites médicales a tout d'abord provoqué la méfiance des médecins; cependant les résultats obtenus dans les néphrites infectieuses aiguës et dans les néphrites chroniques ont fini par forcer leur attention; cette question a suscité dans ces derniers temps des expériences fort intéressantes et soulevé des discussions de la part des cliniciens les plus compétents.

Radiothérapie et Photothérapie, par le Dr L. Régnier, chef du Laboratoire d'électrothérapie de l'hôpital de La Charité. 1902. 1 vol. in-16 de 96 pages et fig., cartonné.................................. 1 fr. 50

Le Dr Régnier étudie l'héliothérapie et l'électro-photothérapie; il décrit les appareils inventés pour les bains de lumière artificielle et leurs effets physiologiques. Puis il passe aux indications thérapeutiques de la photothérapie et de la radiothérapie. Il termine par l'étude de la radiothérapie.

La Mécanothérapie, *Application du mouvement à la Cure des maladies*, par le Dr L.-R. Régnier. 1901. 1 vol. in-16, de 92 pages avec figures, cartonné......... 1 fr. 50

L'auteur passe d'abord en revue les appareils employés : appareils à mouvements actifs et à mouvements passifs, appareils électriques pour le massage vibratoire et appareils d'orthopédie. Puis il fait connaître les effets thérapeutiques de la mécanothérapie, ses indications et ses contre-indications dans les diverses maladies.

Le Rein mobile, par le Dr F. Legueu, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-16 de 96 pages avec figures, cartonné............................ 1 fr. 50

Le Dr Legueu passe en revue les sujets suivants :

Le rein mobile et les éléments de fixation du rein. Les lésions. Les causes. Clinique. Diagnostic. Complications : appendicite, hématurie, néoplasme, tuberculose, hydronéphrose, etc.

Le traitement du rein mobile forme la partie principale du volume. Après quelques pages sur le bandage et le massage, le Dr Legueu étudie l'opération de la néphrorraphie. Il décrit le procédé modifié de Guyon, auquel il a recours, puis les suites opératoires. Il termine par l'étude du rein mobile compliqué.

Les Auto-Intoxications de la Grossesse, par le Dr Bouffe de Saint-Blaise, accoucheur des hôpitaux de Paris, 1899. 1 vol. in-16, 96 pages, cartonné.. **1 fr. 50**

M. Bouffe de Saint-Blaise s'inspirant des idées de son maître, M. Pinard, pense que, pendant la grossesse, la femme doit avoir à lutter d'une façon particulière, l'équilibre de ses fonctions pouvant se rompre plus aisément. Il attribue à une intoxication spéciale à la grossesse certains troubles, de même que les accès éclamptiques.

Cancer et Tuberculose, par le Dr H. Claude, médecin des hôpitaux. 1900. 1 vol. in-16, 96 pages et figures, cartonné .... **1 fr. 50**

L'auteur traite successivement du cancer développé sur une lésion tuberculeuse préexistante, des diverses formes d'association du cancer et de la tuberculose, de l'infection tuberculeuse compliquant un néoplasme, enfin, des relations pathogéniques générales du cancer et de la tuberculose.

Les Régénérations d'Organes, par le Dr P. Carnot, docteur ès sciences, agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 1899. 1 vol. in-16, 96 pages, 14 fig., cart.... **1 fr. 50**

Après avoir distingué la *régénération physiologique* de la *régénération accidentelle* ou *traumatique* et de la *régénération pathologique*, l'auteur expose le *mécanisme de la régénération* et le *processus de régénération* des différents tissus.

Il étudie ensuite les *régénérations épithéliales*, les *régénérations du système nerveux*, des *surfaces épidermiques*, des *muqueuses* et des *organes glandulaires*. C'est un livre où la pratique suit de près la théorie; l'auteur a eu en vue les applications thérapeutiques.

La Psychologie du Rêve *au point de vue médical*, par N. Vaschide, chef des travaux du laboratoire de psychologie expérimentale des Hautes Etudes, et H. Piéron. 1902. 1 vol. in-16 de 96 pages, cart.................... **1 fr. 50**

Il y a dans le rêve une source précieuse de renseignements sur notre état psychologique et sur notre état physiologique le plus intime; il faut que le médecin s'habitue à cette investigation comme aux autres.

C'est la pathologie nerveuse qui est la plus intéressée à connaître l'état du rêve; mais la pathologie générale ne doit pas négliger les signes fournis de ce côté. Le rêve a une importance dans les maladies infectieuses, intestinales, cardiaques, pulmonaires.

L'Obésité et son traitement, par le Dr P. Le Noir, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. 1907. 1 vol. in-16 de 96 pages, cartonné............................ **1 fr. 50**

Voici un aperçu des matières contenues dans ce petit volume :

Symptômes et formes cliniques. — Etiologie. — Pathogénie. — Comment on devient obèse. — Traitement. — Régime alimentaire. — Régimes réduisant les aliments. — Régimes réduisant les boissons. — Cures de terrain et exercices. — Traitement médicamenteux. — Purgatifs. — Alcalins. — Cure thermale. — Médication iodée. — Médication thyroïdienne.

Le Cloisonnement vésical et la division des urines. *Applications au diagnostic des lésions rénales*, par le Dr CATHELIN, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. 1903. 1 vol. in-16 de 96 p., avec 23 fig., cart. 1 fr. 50

Les méthodes physique, chimique et d'absorption médicamenteuse ont ceci d'imparfait qu'elles ne donnent qu'un résultat global, ne s'adressant qu'à l'urine mixte. L'injection de bleu de méthylène, la cryoscopie, les examens microscopiques et chimiques sont tous bons, mais à une condition, *capitale en l'espèce*, c'est de les appliquer sur une urine divisée, car un rein cliniquement malade peut, en effet, être physiologiquement meilleur que le rein supposé sain, d'où les erreurs d'interprétation basées sur l'examen de l'urine totale.

Moustiques et Fièvre jaune, par A. CHANTEMESSE, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, et F. BOREL, directeur de la 2e Circonscription sanitaire maritime. 1 vol. in-16 de 96 pages avec figures, cart.. 1 fr. 50

La fièvre jaune provient de la piqûre du *Stegomya fasciata* : elle ne peut s'étendre que là où il existe et trouve des conditions favorables à son développement. Encore faut-il que ce *Stegomya* ait lui-même sucé le sang d'un malade atteint de fièvre jaune. A l'aide de ces données très simples, les auteurs ont indiqué les mesures prophylactiques à prendre pour se préserver de toute contagion.

Mouches et Choléra, par CHANTEMESSE, professeur à la Faculté de médecine de Paris, inspecteur général des services sanitaires, et BOREL, directeur de la 2e Circonscription sanitaire maritime. 1906. 1 vol. in-16 de 96 pages avec carte et graphique, cartonné........................ 1 fr. 50

Le choléra est en Europe. Il est donc tout d'actualité d'indiquer comment se fait la marche de l'épidémie et quelles sont les mesures prophylactiques qui peuvent permettre de se préserver de la contagion.

Voici les principaux chapitres : Les grandes incursions du choléra indien. — Le choléra de 1899 à 1905. — Les modes d'extension du choléra indien. — Mouches et choléra. — Prophylaxie du choléra (internationale, nationale, urbaine, individuelle, autour du malade. — Le passé et l'avenir du choléra.

Les Enfants retardataires (*arrêts de la croissance et troubles du développement*), par le Dr E. APERT, médecin des hôpitaux de Paris. 1902. 1 vol. in-16 de 96 pages, avec figures, cartonné................................ 1 fr. 50

Le Dr Apert s'appuyant à la fois sur les cas publiés çà et là et sur les observations personnelles, il passe en revue les différents types nosologiques qui peuvent résulter des arrêts de développement, leur évolution, leur anatomie pathologique ; il montre l'utilité de l'étude anthropométrique et radiographique de ces sujets au point de vue du pronostic ; enfin, dans le dernier chapitre, consacré à la pathogénie et au traitement pathogénique, il donne la conclusion pratique et fournit au médecin les éléments d'une thérapeutique rationnelle.

La Technique histo-bactériologique moderne, procédés nouveaux, méthodes rapides, par E. Lefas, préparateur à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-16 de 96 pages, cartonné................ 1 fr. 50

Les méthodes techniques se renouvellent sans cesse : aussi était-il utile de donner, parmi les plus récentes, celles qui semblent avoir une valeur durable. C'est ce que vient de faire le Dr Lefas, dans un petit volume des *Actualités médicales*.

Le Rhume des Foins, par le Dr Garel, médecin des hôpitaux de Lyon. 1899. 1 vol. in-16, 96 pages, cart. 1 fr. 50

L'Odorat et ses Troubles, par le Dr Collet, professeur agrégé à la Faculté de Lyon, médecin des hôpitaux. 1904. 1 vol. in-16 de 96 pages et fig., cart......... 1 fr. 50

L'odorat et les odeurs n'intéressaient que quelques naturalistes ou quelques médecins chercheurs : il n'en est plus de même aujourd'hui.

L'étude des organes des sens est toujours pleine d'attraits, à cause de la multiplicité des points de vue qu'elle découvre : le physiologiste, le psychologue, le neurologiste, le pathologiste, l'aliéniste y trouvent des problèmes. L'olfaction ne fait pas exception à cette règle.

Voici les principaux chapitres :

L'appareil nerveux de l'olfaction. — Les odeurs. — L'olfaction normale. — Mesure de l'odorat. — L'anosmie en général. — Classification des anosmies. — Hyperosmie et Parosmie. — Névrose de l'odorat. — Traitement.

Thérapeutique oculaire, *nouvelles médications, opérations nouvelles,* par le Dr F. Terrien, ophtalmologiste des hôpitaux de Paris. 1899. 1 vol. in-16, 96 pages et 12 figures, cart.. 1 fr. 50

Parmi les médications nouvelles, l'auteur étudie les collyres huileux, les injections d'huile biiodurée dans la syphilis oculaire, le protargol, le bleu de méthylène, l'ichtyol et le traitement des blépharites sèches.

Les opérations nouvelles dont il donne le manuel opératoire, les indications et les résultats sont nombreuses :

Extraction des corps étrangers intra-oculaires. — Ablation de la glande lacrymale dans le larmoiement chronique. — Glaucome chronique simple. — Extraction totale de la cataracte secondaire. — Traitement de la myopie par l'extraction du cristallin transparent. — Manuel opératoire du strabisme. — Nouvelle opération du ptosis. — Opérations conservatrices.

La Fatigue oculaire et le Surmenage visuel, par le Dr Louis Dor, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Lyon. 1900. 1 vol. in-16, 94 pages, cartonné. 1 fr. 50

La Goutte et son traitement, par le Dr Apert, médecin des hôpitaux de Paris, 1902. 1 vol. in-16 de 96 pages, cartonné .... 1 fr. 50

Voici un aperçu des matières traitées :

I. L'accès de goutte. — II. Le tempérament goutteux. Symptômes de prédisposition goutteuse chez l'enfant. Croissance et puberté chez les prédisposés. — III. Évolution de la goutte. Variété des attaques. Goutte monoarticulaire. Goutte polyarticulaire. Succession des attaques. Goutte chronique. — IV. Goutte abarticulaire. Goutte nerveuse. Goutte musculaire. Goutte viscérale. — V. Étiologie. Goutte saturnine. — VI. Traitement hygiénique. Régime. Exercices. — VII. Traitement hydrominéral. — VIII. Traitement prophylactique. — IX. Traitement de l'accès de goutte. — X. Traitement de la goutte chronique invétérée.

Le Diabète et son Traitement, par le Dr R. Lépine, professeur de clinique à la Faculté de Lyon, correspondant de l'Institut. 2e *édition*, 1905. 1 vol. in-16, 92 pages, cartonné .... 1 fr. 50

Les Complications du Diabète et leur traitement, par le Dr Lépine. 1906. 1 vol. in-16, 96 p., cartonné .... 1 fr. 50

M. Lépine vient de résumer toutes les recherches nouvelles sur la pathogénie et surtout le traitement du diabète. L'auteur donne les résultats de sa pratique personnelle et de sa longue expérience.

Les Glycosuries non Diabétiques, par le Dr Roque, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. 1899. 1 vol. in-16, 92 pages, cartonné....... 1 fr. 50

A côté des glycosuries passagères provoquées par un état morbide aigu, il y a des glycosuries durables qui ne doivent pas être confondues avec le diabète. Toutes ces glycosuries durables ont un caractère commun. Le but de M. Roque a été de montrer qu'à côté du diabète sucré, il y a les glycosuries, aussi distinctes de celui-ci que la polyurie simple peut l'être du diabète insipide et dont il existe quatre variétés : 1° glycosurie intermittente des arthritiques (*glycosurie des jeunes sujets, glycosurie goutteuse de l'adulte, glycosurie des obèses, glycosurie azoturique*); 2° glycosuries digestives (par *alimentation sucrée*, par *troubles digestifs*); 3° glycosuries nerveuses; 4° Glycosuries puerpérales.

Les Albuminuries curables, par le Dr Teissier, professeur à la Faculté de Lyon, corresp. de l'Académie de médecine. 2e édition, 1906. 1 vol. in-16, 96 p., cart. 1 fr. 50

A quoi peut-on reconnaître la curabilité d'une albuminurie? Dans quelles conditions cette curabilité peut-elle s'obtenir et dans quelles limites est-on en droit de l'espérer ? Telles sont les questions que M. Teissier résout. Il passe en revue les albuminuries fonctionnelles ou organiques, c'est-à-dire sans lésion déterminée du rein, puis les albuminuries rénales.

Les albuminuries fonctionnelles comprennent : 1° les albuminuries intermittentes, des sujets en apparence bien portants ; 2° les albuminuries des adolescents ; 3° les albuminuries d'ordre digestif ou hépatique ; 4° les albuminuries névropathiques, notamment l'albuminurie orthostatique.

ENVOI FRANCO CONTRE UN MANDAT SUR LA POSTE

[illegible] — Corbeil. Imprimerie Éd. Crété.

FORMULAIRES

Collection de vol. in-18 de 300 pages, cartonnés, à 3 fr. le volume.

Formulaire des Médicaments nouveaux, par H. Bocquillon-Limousin. Introduction par le Dr Huchard, médecin des hôpitaux, 17e *édition*, 1905. 1 vol. in-18 de 306 pages, cartonné....... 3 fr.

Formulaire des Alcaloïdes et des Glucosides, par H. Bocquillon-Limousin. Introduction par le professeur G. Hayem. 2e *édition*, 1899. 1 vol. in-18 de 318 pages, cart........................ 3 fr.

Formulaire de l'Antisepsie et de la désinfection, par H. Bocquillon-Limousin. 3e *édition*, 1905. 1 vol. in-18, cart......... 3 fr

Formulaire des Médications nouvelles, par le Dr H. Gillet, 1905. 1 vol. in-18 de 280 p., avec fig. cart............... .. 3 fr.

Formulaire des Régimes alimentaires, par le Dr H. Gillet. 1 vol. in-18 de 300 pages, cart...................... .. . 3 fr.

Formulaire d'Hygiène infantile, individuelle et collective, par le Dr H. Gillet, 1898. 2 vol. in-18 de chacun 288 pages, avec 45 fig., cartonné, chaque .... 3 fr.

Formulaire de Thérapeutique infantile et de Posologie, par le Dr R. Foucineau, préface du professeur Hutinel, 1901. 1 vol. in-18, 308 pages, cart.............. .... 3 fr.

Formulaire des Spécialités pharmaceutiques, par le Dr Gautier et F. Renault. 1 vol. in-18 de 298 p., cart...... 3 fr.

Formulaire des Eaux minérales de la Balnéothérapie, par le Dr de la Harpe. 3e *édition*. 1 vol. in-18, 300 p. cart.. 3 fr.

Formulaire des Stations d'hiver, des Stations d'été et de climatothérapie, par le Dr de la Harpe. 2e *édition*. 1 vol. in-18 de 300 pages, cart................................ ..... 3 fr.

Formulaire dentaire, par le Dr Thomson. 1 vol. in-18, 288 p. 3 fr.

Formulaire du Massage, par le Dr Norstrom. 1 vol. in-18 de 268 pages, cart.. 3 fr.

Formulaire hypodermique et opothérapique, par le Dr E. Boisson et J. Mousnier. 1 vol. in-18 de 300 p. avec fig. cart.. 3 fr.

Formulaire des vétérinaires praticiens, par Paul Cagny. 6e *édition*, 1905. 1 vol. in-18 de 332 pages, cart .... 4 fr.

Formulaire du médecin de campagne. *Remèdes sous la main, petits moyens thérapeutiques*, par le Dr Gautier, ancien interne des hôpitaux, 1899. 1 vol. in-18, 300 pages, cart............... 3 fr.

Formulaire officinal et magistral international. 4e *édition*. par J. Jeannel. 1 vol. in-18 de 1044 pages, cart............ 3 fr.

Formulaire électrothérapique des Praticiens, par le Dr Régnier, 1899. 1 vol. in-18, 288 pages et fig., cart............ 3 fr.

Formulaire de l'Union Médicale, par le Dr Gallois, 4e *édition*. 1 vol. in-32 de 662 pages, cart.......... .... 3 fr.

Formulaire d'Hydrothérapie, par le Dr O. Martin, 1900. 1 vol. in-18, 300 pages, cart....................................... 3 fr.

Guide d'Electrothérapie gynécologique, par le Dr Weil, 1900. 1 vol. in-18, 300 pages, cart............. .... 3 fr.

Guide pratique pour les Analyses de Chimie physiologique, par le Dr Martz, 1899. 1 vol. in-18, 300 p., cartonné. 3 fr.

Guide pratique pour les analyses de Bactériologie clinique, par L. Feltz, 1898. 1 vol. in-18 de 271 p., 104 fig. n. et col., cart. 3 fr.

Guide pratique d'Urologie clinique, par le Dr André, 1904. 1 vol. in-18, cart.. 3 fr.

Hématologie et Cytologie cliniques, par le Dr Lefas, 1904. 1 vol. in-18, 200 pages et pl. col., cart.................. 3 fr.


LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
Nouveau
Traité de Méd
L819 Soupault, M. 95809
S72 Les dilatations de
1902 l'estomac.
NAME
DATE DUE

